



SPREKEN IS GOUD, ZWIJGEN IS OUT

Hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen om de communicatie omtrent seksualiteit bij de 65-plusser in een chronische zorgsetting te optimaliseren?

Wendy Aernouts

Jolien Heusdens

Jill Peeters

Ellen Deckx

Bachelor in verpleegkunde

Afstudeerrichtingen: major ziekenhuis, geriatrie en psychiatrie

Academiejaar 2017-2018

Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout



SPREKEN IS GOUD, ZWIJGEN IS OUT

Hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen om de communicatie omtrent seksualiteit bij de 65-plusser in een chronische zorgsetting te optimaliseren?

Wendy Aernouts

Jolien Heusdens

Jill Peeters

Ellen Deckx

Bachelor in verpleegkunde

Afstudeerrichtingen: major ziekenhuis, geriatrie en psychiatrie

Academiejaar 2017-2018

Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout

VOORWOORD

Het onderwerp voor deze bachelorproef is gekozen vanuit onze praktijkervaringen als zorgprofessionals. Wij ondervinden vaak dat er nog een taboe omtrent seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting aanwezig is. De literatuur daaromtrent is duidelijk. Een belangrijk gevolg van dit taboe is dat de levenskwaliteit van deze doelgroep vermindert. Dit besef heeft ons getriggerd om voor het thema seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting te kiezen.

Deze bachelorproef is geschreven in het kader van onze opleiding tot bachelor in de verpleegkunde aan Thomas More te Turnhout.

Onze groep is samengesteld uit vier studenten die de brugopleiding volgen. We volgen niet allen dezelfde major, Ellen volgt de major psychiatrie, Jill en Wendy de major geriatrie en Jolien de major ziekenhuisverpleegkunde.

We hebben veel tijd en energie gestoken in onze bachelorproef maar dankzij de goede samenwerking en de steun van en voor elkaar hebben wij onze bachelorproef tot een goed einde kunnen brengen. We zijn trots op wat we tot stand hebben gebracht en zijn hier als een hechte groep uitgekomen.

Graag willen we een woordje van dank brengen aan enkele personen. Vooreerst onze promotor voor de goede tips en begeleiding. Vervolgens de medewerker van vzw Aditi voor de gastvrijheid en informatie die hij ons verleend heeft. Daarnaast ook een woordje van dank voor de relevante informatie van een regenboogambassadrice van het Roze Huis, çavaria te Antwerpen, die meewerkt aan de werkgroep Janus. Daarnaast willen we de verschillende experts niet vergeten die ons informatie en ondersteuning hebben geboden via mailverkeer.

Tot slot willen we ook onze collega's, familie, vrienden en in het bijzonder ons gezin bedanken voor de morele steun die ze hebben geboden tijdens het uitwerken van onze bachelorproef.

Veel leesplezier.

Mei, 2018

SAMENVATTING

Context

Uit de literatuur blijkt dat er nog vaak stereotiep gedacht wordt over "seksualiteit op oudere leeftijd". Dit wordt ook bevestigd in de praktijk. Het weerspiegelt zich onder andere in de houding van verpleegkundigen ten aanzien van seksualiteit bij ouderen. Bovendien gaan ouderen zelf dit stereotiepe denken vaak internaliseren waardoor er een schaamtegevoel en weinig openheid tot communicatie ontstaat. Nochtans is een open houding ten aanzien van dit thema belangrijk. Diverse onderzoeken hebben de relatie tussen seksueel welbevinden en algemene kwaliteit van leven aangetoond.

Probleemstelling

De hierboven geschetste context maakt dat seksuele gezondheid en welzijn vaak gezien worden als taboeonderwerpen door verpleegkundigen. Daarbij veronderstellen verpleegkundigen vaak dat seksualiteit geen prioriteit is voor patiënten. Een aanname die in belangrijke mate de attitude van verpleegkundigen zal bepalen en voor een groot deel gebaseerd is op een gebrek aan kennis over het onderwerp. Van hieruit is volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen om de communicatie rond seksualiteit bij 65-plussers die verblijven in een chronische zorgsetting te optimaliseren?

Methodologie

Voor deze bachelorproef is gezocht naar wetenschappelijke literatuur via de databank 'Limo', die toegang geeft tot verschillende databanken zoals pubmed, invert, portal4care en tripdatabase. Daarbij is gezocht naar zowel Engelse als Nederlandse literatuur. Verder is er gebruikt gemaakt van google scholar en zijn er artikels en boeken ontleend uit de campusbibliotheek. Er is eveneens gebruik gemaakt van websites die expertise en richtlijnen rond dit thema beschikbaar stellen. Tot slot werd er informatie bekomen aan de hand van persoonlijke communicatie, mails met experts en het bijwonen van het symposium "Tachtig Tinten" te Gent.

In deze bachelorproef zijn eerst een aantal begrippen scherp gesteld waarna dieper wordt ingegaan op de seksuele behoeften en het belang van seksualiteit bij 65-plussers. Daarna is gekeken naar factoren die de attitude van verpleegkundigen bepalen en de impact daarvan op de zorgrelatie. Vervolgens is gekeken naar de context waarbinnen het onderwerp zich afspeelt in het kader van deze bachelorproef, met name de chronische zorgsetting. Daarbij is de rol onderzocht van de aan- dan wel afwezigheid van beleid aangaande seksualiteit bij 65-plussers. Vervolgens is onderzocht wat er reeds voorhanden is aan tools om het taboe bij verpleegkundigen te doorbreken, en eens doorbroken hoe er verder mee om te gaan. Op het einde van deze bachelorproef zijn twee specifieke aspecten van seksualiteit naderbij bekeken, met name seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie en seksuele diversiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting. Tenslotte is in het kader van deze bachelorproef een spel ontwikkeld voor studenten verpleegkunde en actieve verpleegkundigen om het taboe te doorbreken.

Conclusies

In deze bachelorproef is aangetoond dat de attitude van verpleegkundigen ten aanzien van seksualiteit een grote impact heeft op het welbevinden van 65-plussers in een chronische zorgsetting. Die attitude wordt beïnvloed door verschillende factoren. Belangrijk is om een open houding aan te nemen over dit onderwerp teneinde

communicatie mogelijk te maken en tegemoet te komen aan de individuele noden en behoeften van zorgvragers.

Beleid op instellingsniveau kan ertoe bijdragen dat verpleegkundigen zich veiliger voelen om te communiceren over "seksualiteit". Een duidelijk beleid geeft concrete handvaten en richting over hoe er best wordt omgegaan met seksualiteit. Het ontbreken van beleidsrichtlijnen daarentegen kan aanleiding geven tot onzekere praktijken en inconsistentie. Dit kan grote gevolgen hebben voor de seksuele gezondheid van de zorgvragers en daarmee ook voor diens levenskwaliteit.

In deze bachelorproef is verder aangetoond dat de heersende attitude vooral te maken heeft met een gebrek aan kennis over seksualiteit bij 65-plussers. Het ontbreken van vaardigheid om met onderwerp om te gaan vormt daarenboven een drempel om het gesprek aan te gaan.

Teneinde attitude, kennis en vaardigheid te optimaliseren zijn in deze bachelorproef tools aangereikt. Met name is ook gebleken dat bestaande communicatiemodellen als (Ex-) PLISSIT en BLISSS zeer bruikbaar en nuttig zijn. Beide modellen kunnen verpleegkundigen helpen wanneer ze het gesprek aangaan over het thema. Beide modellen volgen grotendeels dezelfde stappen, met net iets andere accenten.

Wat grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie betreft is gebleken dat het wel degelijk bestaat en dat er modellen beschikbaar zijn, zoals het vlaggensysteem en de hermeneutische cirkel, die kunnen helpen om het bespreekbaar te maken. Wel blijkt dat er aan deze modellen nog gewerkt moet worden om ze meer af te stemmen op de context zoals in deze bachelorproef geschetst.

Er is eveneens gebleken dat de attitude van verpleegkundigen een grote impact heeft op de levenskwaliteit van 65-plussers die LHB (Lesbisch Homoseksueel Biseksueel) zijn, meer nog dan bij heteroseksuelen. Daarbij is specifiek gekeken naar factoren die een positieve attitude stimuleren, waaronder bewustwording, (h)erkenning van specifieke noden en aandacht en zorg voor privacy en veiligheid. Regelmatige ethische (zelf)reflectie, samen met training is erg belangrijk zodanig dat verpleegkundigen beschikken over de juiste kennis en aandacht hebben voor de specifieke gevoeligheden en de juiste benadering ten opzichte van LHB- ouderen.

Tenslotte is in het kader van deze bachelorproef een spel ontwikkeld. Door middel van dit spel kunnen op interactieve wijze het bewustzijn, de kennis en de vaardigheden van (student)- verpleegkundigen vergroot worden. Aan de hand van denk-, doe- en discussieopdrachten wordt kennis en bewustzijn gecreëerd wat betreft seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting. Deze proef, en in het bijzonder het spel, draagt daarmee hopelijk een steentje bij om de levenskwaliteit van 65-plussers in een chronische zorgsetting te verhogen en hun verblijf aldaar aangenamer te maken.

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	4
SAMENVATTING	5
INHOUDSTAFEL	7
LIJST VAN ILLUSTRATIES	10
LIJST VAN TABELLEN	12
LIJST VAN AFKORTINGEN	13
INLEIDING	15
1 VAN FEITEN NAAR DE PRAKTIJK	17
1.1 What and who	17
1.1.1 Begrip seksualiteit.....	17
1.1.2 De doelgroep kort geschetst	17
1.1.3 Enkele cijfers.....	17
1.2 Seksualiteit als onderdeel van holistische zorg	18
1.3 Ook 65-plussers hebben nog seks	19
1.3.1 Algemene misvattingen en mythes omtrent seksualiteit bij ouderen	19
1.3.2 Generatieverschillen	20
1.3.3 Leeftijd en seksuele activiteiten	21
1.4 Is seksualiteit dan zo belangrijk voor 65-plussers	21
1.5 Alles wat je moet weten over de houding en attitude van verpleegkundigen	22
1.5.1 Demografische factoren	23
1.5.2 Andere beïnvloedende factoren	24
1.5.2.1 De invloed van het verblijf in een zorginstelling op het seksueel welbevinden	24
1.5.2.2 Familie beslist mee.....	25
1.5.2.3 Te weinig oog voor de medische of fysiologische problemen	25
1.5.2.4 Het beschikken over een partner.....	26
1.5.2.5 Visie op seksuele identiteit	26
1.6 Seksuele vrijheid versus duidelijke grenzen	26
1.6.1 Doen versus laten	26
1.6.2 VZW Aditi.....	27
1.7 Besluit	27
2 SEKSUELE TABOE BANNEN UIT DE PRAKTIJK AAN DE HAND VAN EEN DUIDELIJK BELEID - JILL	28
2.1 Inleiding	28
2.2 Voor verandering is kennis van feiten nodig	29
2.2.1 Relatie tussen beleid en attitude	29
2.2.2 Houding directie in beleidsontwikkeling	29
2.3 Gebrek aan beleid, grote gevolgen	30
2.4 De kracht van een duidelijke beleidsvisie omtrent seksualiteit	31
2.4.1 Gunstig voor bewoners en de zorginstelling	31
2.4.2 Beleid als houvast voor verpleegkundigen	31
2.5 Beleidsbeginselen	32
2.5.1 Seksualiteit: een mensenrecht en primaire behoefte.....	32
2.5.2 Juridische invalshoek	33
2.5.3 Ethische invalshoek	33
2.6 De eerste stap naar verbetering: tekortkomingen inventariseren	34
2.7 Klaar voor actie, enkele aanbevelingen	35
2.7.1 Aanbevelingen op niveau van de bewoners.....	35
2.7.2 Aanbevelingen op niveau van de familieleden (relationeel niveau).....	36

2.7.3	Aanbevelingen op institutioneel niveau	36
2.7.3.1	Een goed beleid bestaat uit 3 onderdelen	36
2.7.3.2	Betrek alle partijen.....	38
2.7.3.3	Benader seksualiteit als iets positief	39
2.7.3.4	Stel een beleid op dat ook effectief toegepast wordt	39
2.7.3.5	Evenwicht zoeken tussen wetgeving en rechten zorgvragers	39
2.7.3.6	Privacy en omgeving	40
2.7.3.7	Seksualiteit en relaties als een integraal onderdeel van het leven in de zorginstelling	40
2.7.3.8	Anticiperen op de toekomst.....	40
2.8	Praktijkvoorbeeld kritisch bekeken	40
2.9	Besluit.....	42
3	BRUIKBARE TOOLS VOOR VERPLEEGKUNDIGEN OM DE ONGANG MET SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT BIJ 65-PLUSERS DIE VERBLIJVEN IN EEN CHRONISCHE ZORGSETTING TE FACILITEREN - JOLIEN.....	43
3.1	Inleiding	43
3.2	Attitude, kennis en vaardigheid bij verpleegkundigen	44
3.2.1	Attitude van de verpleegkundigen ten aanzien van de problematiek	44
3.2.2	Kennis van de verpleegkundigen over de problematiek	44
3.2.3	Vaardigheden van de verpleegkundigen	47
3.3	Tools	48
3.3.1	PLISSIT-model en EX PLISSIT-model.....	48
3.3.2	BLISSS-communicatiemodel	51
3.3.3	Vergelijking tussen PLISSIT en BLISSS	53
3.4	Concrete aanpak: veranderen attitude, verhogen kennis en vaardigheid	54
3.4.1	Veranderen attitude	54
3.4.1.1	Algemene info en discussie met het team.....	54
3.4.1.2	Postercampagne	54
3.4.1.3	Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out".....	54
3.4.2	Verhogen kennis	54
3.4.2.1	Expert uitnodigen.....	54
3.4.2.2	Bespreking met bewoners in groep.....	55
3.4.2.3	Scholingsmap "Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg"	55
3.4.2.4	Brochures	55
3.4.2.5	Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out".....	55
3.4.2.6	Toelichting gekozen model	56
3.4.3	Verhogen vaardigheid.....	56
3.4.3.1	Gebruik maken van een communicatiemodel	56
3.4.3.2	Gesprekken en bijeenkomsten	56
3.4.3.3	Scholing.....	56
3.4.3.4	Screening	56
3.4.3.5	Gedragscode	56
3.4.3.6	Scholingsmap "Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg"	56
3.4.3.7	Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out".....	57
3.5	Kritische blik + aanbevelingen	57
3.6	Besluit.....	57
4	WAT IS DE VERPLEEGKUNDIGE ROL BIJ HET HERKENNEN VAN GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG EN HOE GA JE HIERMEE OM - ELLEN.....	59
4.1	Inleiding	59
4.2	Definitie	60
4.3	Seks en de wet.....	60
4.4	Klachten.....	61
4.5	Oorzaken	61
4.6	Grensoverschrijdend gedrag tussen zorgverlener en zorgvrager	62
4.7	Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij personen met dementie ..	62
4.8	Modellen voor het hanteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag	64
4.8.1	Vlaggensysteem.....	64
4.8.2	De hermeneutische cirkel	67

4.9	Bruikbare tips	68
4.10	Kritische blik	68
4.11	Besluit.....	69
5	SEKSUELE DIVERSITEIT BIJ 65-PLUSSERS IN EEN CHRONISCHE ZORGSETTING - WENDY	70
5.1	Inleiding	70
5.2	LHB-ouderen waar zijn ze en wat beperkt hen?	71
5.2.1	De maatschappij, groots en inspirerend	71
5.2.2	Een generatie iets	72
5.2.3	Verre afstand tussen mensen en mensen	72
5.2.4	Wat willen LHB-ouderen	73
5.3	Verpleegkundigen en hun aard der gedachten	75
5.3.1	Gedachtenoorsprong bij verpleegkundigen	75
5.3.2	Struikelblokken in LHB-denken	76
5.4	Enkele initiatieven ten voordele van LHB-ouderen	77
5.4.1	De Roze Loper	77
5.4.2	Vzw KliQ	78
5.4.3	Janus	78
5.4.4	Tour d'Amour	79
5.5	Leidraad voor zorgverleners	79
5.6	Aanbevelingen	81
5.7	Besluit.....	82
6	HOOFDSTUK 6: HET SPEL	83
6.1	Inleiding	83
6.2	Doel spel en doelgroep.....	83
6.3	Werking spel en spelregels	84
6.3.1	Materiaal in doos.....	84
6.3.2	Bijkomend materiaal dat voorzien moet worden	84
6.3.3	Vorbereiding	84
6.3.4	Het spelverloop.....	84
6.4	Spelopdrachten	86
6.5	Besluit.....	118
	LITERATUURLIJST	119
	BIJLAGEN	129

LIJST VAN ILLUSTRATIES

- Figuur 1.1: Overzicht aanbod ouderenzorg op 1 mei 2017 voor Vlaams Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Figuur 1.2: De piramide van Maslow
- Figuur 1.3: Demografische factoren attitude van verpleegkundigen bepalen
- Figuur 2.1: Vicious circle: relatie tussen "gebrek aan beleid" en attitude verpleegkundigen inzake seksualiteit
- Figuur 2.2: Rol directie in ontwikkeling van beleid
- Figuur 2.3: Gevolgen gebrek aan beleid
- Figuur 2.4: Beleid als houvast en steunpilaar voor verpleegkundigen
- Figuur 2.5: Ethische overwegingen beleid betreffende seksualiteit
- Figuur 2.6: De 3 betrokken niveaus bij het opstellen van een beleid aangaande seksualiteit
- Figuur 2.7: De ontwikkeling van een kwalitatief goed beleid
- Figuur 2.8: Evenwicht tussen wetgeving/veiligheid enerzijds en rechten van de zorgvragers anderzijds
- Figuur 3.1: PLISSIT-model
- Figuur 3.2: Ex-PLISSIT model
- Figuur 3.3: BLISSS-model
- Figuur 3.4: Aangrijpingspunten BLISSS-model
- Figuur 3.5: Vergelijking tussen PLISSIT en BLISSS
- Figuur 4.1: De hermeneutische cirkel
- Figuur 5.1: Mening over maatregelen wat betreft seksuele diversiteit in woonzorgcentra
- Figuur 5.2: Verwachtingen, behoeften en noden van LHB-ouderen in een zorginstelling
- Figuur 5.3: Factoren die een invloed hebben op de attitude van verpleegkundigen in het al dan niet accepteren van homoseksualiteit
- Figuur 5.4: Certificaat De Roze loper
- Figuur 6.1: Spelbord seks: "spreken is goud, zwijgen is out"
- Figuur 6.2: Overzicht opdrachten
- Figuur 6.3: De piramide van Maslow

Figuur 6.4: Foto denkopdracht 12

Figuur 6.5: Foto denkopdracht 15

Figuur 6.6: Foto denkopdracht 18

Figuur 6.7: Foto denkopdracht 19

Figuur 6.8: Foto denkopdracht 20

Figuur 6.9: Gevolgen gebrek aan beleid

Figuur 6.10: Het Roze loper certificaat

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 2.1: Omzetten beleid in beleidsmatrix

Tabel 2.2: Toepassing beleid in organisatie per beleidsniveau

Tabel 3.1: Mogelijke oorzaken en gevolgen van een veranderd seksueel functioneren

Tabel 4.1: Vlaggensysteem

LIJST VAN AFKORTINGEN

FPD:	Federale PensioenDienst
LHB:	Lesbisch Homoseksueel Biseksueel
NZCO:	Nationaal Zorg College
OLG:	Onderwijs- LeerGesprek
SGG:	Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag
SOA:	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
VAC Gent:	Vlaamse Administratieve Centra (Virginie Lovelinggebouw in Gent)
WHO:	WereldgezondheidsOrganisatie
WPF:	World Population Foundation
WZC:	WoonZorgCentrum

BEGRIPPENLIJST

DSM II:	"Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders". De DSM II werd van 1968 tot 1980 gehanteerd. De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen wat vaak gehanteerd wordt (Steyaert, 2017).
Geïnternaliseerde homofobie:	Negatieve opvattingen rond homoseksualiteit internaliseren, zich een bepaalde homofobe gedachtegang eigen maken. Dit wordt soms door de homoseksuele persoon gedaan om erbij te horen in een homofobe omgeving (Harju & Kortleve, s.a.).
Seksuele gezondheid:	Bij seksuele gezondheid moet er aandacht zijn voor de aangename, plezierige kanten van seksualiteit. Het betekent dus niet enkel de afwezigheid van ziekte, soa, hiv, seksueel grensoverschrijdend gedrag en het voorkomen van risico's van ongeplande zwangerschap. Dit resulteert in een respectvolle en positieve benadering van seksualiteit en seksuele relaties (Sensoa, s.a.).
Seksuele handelingen:	Dit is een ruim begrip. Gaande van kussen tot geslachtsgemeenschap (Alles over seks, s.a.).
Seksuele identiteit:	Hiermee bedoelt men je geaardheid; heteroseksueel, homoseksueel, biseksueel of lesbisch (Alles over seks, s.a.).
Transgender:	Dit is iemand die zich anders voelt dan zijn of haar biologische geslacht. Zo kan iemand biologisch als vrouw geboren worden maar zich meer een man voelen (Ensie, s.a.).

INLEIDING

De literatuur en de praktijk tonen aan dat stereotiep denken over "seksualiteit op oudere leeftijd" blijft bestaan. Dit heeft een weerslag op de houding die zorgverleners en andere naasten aannemen ten opzichte van seksualiteit bij ouderen. Daarnaast gaan ouderen zelf dit stereotiepe denken internaliseren waardoor er een schaamtegevoel en weinig openheid tot communicatie wordt gecreëerd.

Het beroepsprofiel van verpleegkundigen en de theorie van Gordon zijn echter heel duidelijk, het seksuele aspect van het leven hoort er gewoon bij. Door gebrek aan kennis en ondersteuning van verpleegkundigen ontstaat er een hindernis in de communicatie die het taboe verder in stand houdt. Hierdoor wordt er vaak geen aandacht besteed aan de seksuele behoeften van ouderen die verblijven in een chronische zorgsetting. Dit heeft een negatieve weerslag op hun levenskwaliteit.

In deze bachelorproef is de focus gelegd op het doorbreken van het taboe omtrent seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting. In hoofdstuk 1 wordt stil gestaan bij begripsdefinities, de seksuele behoeften en het belang van seksualiteit bij 65-plussers. Verder wordt in hoofdstuk 1 ingegaan op de factoren die de attitude van verpleegkundigen bepalen en de gevolgen van het taboe rond seksualiteit. In hoofdstuk 2 wordt er dieper ingegaan op het doorbreken van het taboe door middel van een goed beleid in zorginstellingen. In hoofdstuk 3 wordt er dieper ingegaan op tools om het taboe bij de verpleegkundigen te doorbreken, en eens doorbroken hoe hier verder mee om te gaan. In hoofdstuk 4 gaat het over het herkennen van en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. In hoofdstuk 5 wordt de focus gelegd op de attitude die een verpleegkundige kan hanteren wat betreft seksuele diversiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting teneinde de levenskwaliteit bij deze doelgroep te optimaliseren. Daarnaast is in het kader van deze bachelorproef een spel ontwikkeld om het taboe omtrent seksualiteit bij verpleegkundigen bespreekbaar te maken en te doorbreken. Dit spel wordt toegelicht in hoofdstuk 6.

METHODOLOGIE

Wetenschappelijke literatuur werd gezocht via de databank 'Limo', die toegang geeft tot verschillende databanken zoals pubmed, invert, portal4care en tripdatabase. Er is gezocht naar zowel Engelse als Nederlandse literatuur. Aan de hand van het sneeuwbaaleffect werd de zoektocht naar reviews, artikels, guidelines etc uitgebreid. Daarnaast is er gebruikt gemaakt van google scholar en zijn er artikels en boeken ontleend uit de campusbibliotheek.

Hierna volgt een opsomming van de meest gebruikte termen tijdens het opzoekwerk:

- Assessment
- Attitude
- BLISSS-model
- Diversiteit
- Eldery
- Guidelines
- Knowledge
- LGBT eldery
- Life quality
- Needs
- Nurs*
- Nursing home
- Older aged
- PLISSIT-model
- Policy
- Protocols
- Residential care
- Roze ouderen, LGBT
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag
- Sexuality
- Sexual behaviour
- Sexual health
- Sexual expression
- Taboo

Er is tevens gebruik gemaakt van websites die expertise en richtlijnen rond dit thema beschikbaar stellen. Tot slot werd er informatie bekomen aan de hand van persoonlijke communicatie, mails met experts en het bijwonen van het symposium "Tachtig Tinten" te Gent.

1 VAN FEITEN NAAR DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk wordt er via literatuuronderzoek een algemeen beeld geschetst over seksualiteit en intimiteit bij 65-plussers die verblijven in een chronische zorgsetting. De bevindingen met verpleegkundige relevantie worden hier omschreven.

1.1 What and who

1.1.1 Begrip seksualiteit

Deze bachelorproef richt zich op het begrip seksualiteit. Belangrijk is dat dit begrip eerst nader verklaard wordt.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschreef seksualiteit in 2010 als volgt:

“Seksualiteit is een centraal aspect in het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren” (WHO, 2010).

Binnen de beperkingen van de bachelorproef wordt de focus gelegd op volgende elementen uit de definitie nl. attitude, waarden, gedrag, de rol van de verpleegkundige, genderidentiteit en rollen en relaties.

1.1.2 De doelgroep kort geschetst

In veel geraadpleegde bronnen wordt de grens van 65 jaar gehanteerd en omdat de pensioenleeftijd een mijlpaal is in een mensenleven is de keuze voor 65-plussers tot stand gekomen (Swinnen, 2011).

“Belgen kunnen vanaf de eerste dag van de maand die volgt op hun 65-jarige verjaardag op 'rustpensioen' gaan” (FPD, 2017).

65-plussers vormen een grote leeftijdscategorie. Om die reden is de doelgroep voor deze bachelorproef beperkt tot 65-plussers die verblijven in een chronische zorgsetting. In deze bachelorproef wordt deze doelgroep verder “zorgvragers” genoemd. Deze intramurale doelgroep heeft afstand moeten doen van hun veilige thuishaven.

Verpleegkundigen spelen een grote rol in het welbevinden van deze ouderen. Verder in deze proef wordt de focus dan ook gelegd op verpleegkundigen, wat niet wegneemt dat de bevindingen ook relevant kunnen zijn voor andere zorgverleners.

1.1.3 Enkele cijfers

Op 1 mei 2017 waren er in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 807 woonzorgcentra (WZC) met in totaal 79.749 woongelegenheden voor ouderen. Daarnaast waren er tevens 2.324 woongelegenheden voor kortverblijf, 22.799 assistentiewoningen, 427 woongelegenheden voor herstelverblijf en 271 dagverzorgingscentra (Agentschap zorg en gezondheid, 2017a).

Type voorziening	Aantal erkende voorzieningen en erkenningen in onderzoek	Erkende eenheden en erkenningen in onderzoek (woongelegenheden)	Programmatie-eenheden voor 2017 (woongelegenheden)
Woonzorgcentra	807	79.749	
Woonzorgcentra met RVT-erkenning	718	44.697**	
Centra voor kortverblijf	446	2.324	
Dagverzorgingscentra*	271	271 centra	371 centra
Groepen van assistentiewoningen	662	22.799	geen programmatie
Centra voor herstelverblijf	7	427	1.500

* Bij de dagverzorgingscentra zijn ook de DVC's, uitgebaat door een dienst voor gezinszorg (conform artikel 51), meegerekend.

** Dit is exclusief de 1.226 woongelegenheden waarvoor de Vlaamse Regering recent besliste om een bijkomende erkenning als RVT te verlenen. De erkenning voor deze bedden kan ingaan op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober 2017.

Figuur 1.1: Overzicht aanbod ouderenzorg op 1 mei 2017 voor Vlaams Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Noot: Agentschap zorg en gezondheid (2017a). *Brussel:* Agentschap Zorg en Gezondheid. *Gevonden op het internet op 9 februari 2018:* <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ouderenzorg>

Voor vele ouderen zijn de laatste jaren van hun leven vaak een eenzame tijd. Wonen in een woonzorgcentrum vergroot vaak deze eenzaamheid. Sommige ouderen vinden troost en geluk in een romantische relatie met een medebewoner (Hill, 2014). Seksualiteit is een aspect van de zorg dat nog grotendeels wordt genegeerd in zorginstellingen. Dit heeft een weerslag op de kwaliteit van leven van de bewoners (Bauer, Chenco, McAuliffe & Nay, 2013).

1.2 Seksualiteit als onderdeel van holistische zorg

Seksueel welzijn is een integraal onderdeel van holistische zorg (Evans, 2013). Vermits seksuele interesse en expressie sterk individueel bepaald zijn, dient de oudere hierin op een geïndividualiseerde holistische benadering ondersteund te worden (Mahieu & Gastmans, 2015).

Het is de taak van verpleegkundigen om te streven naar een optimale levenskwaliteit bij de patiënt. Gordon ontwikkelde een model dat het redeneren van verpleegkundigen aanstuurt. Dit model omvat 11 patronen die in voortdurende wisselwerking staan met elkaar (Gordon, 1995). Het begrip seksualiteit is één van de elf patronen van Gordon. Dit betekent dat het bespreken van de seksualiteit van de zorgvrager een verantwoordelijkheid is van de verpleegkundige (Jonkers, 2013). Ziekte kan leiden tot dysfunctionele gezondheidspatronen. Anderzijds kan er ook door een gebrek aan aandacht voor een bepaald gezondheidspatroon, zoals bijvoorbeeld seksualiteit, ziekte ontstaan (Gordon, 1995). Dit toont aan dat het erg belangrijk is dat verpleegkundigen oog hebben voor alle gezondheidspatronen. Wanneer een verpleegkundige geen aandacht schenkt aan de seksuele behoeften van de oudere zorgvragers, kan dit nefaste gevolgen hebben voor hen.

De seksuele expressie wordt bij ouderen vaak verstoord door talloze factoren zoals gezondheidsproblemen die te wijten kunnen zijn aan hun leeftijd, het ontbreken van een partner of een verblijf in een zorginstelling (Mahieu & Gastmans, 2015). Bij het ouder worden neemt de prevalentie van seksuele problemen toe. Alle zorgprofessionals

moeten accepteren dat ook oudere mensen behoefte hebben aan seks en hiervan kunnen genieten. Als men hier rekening mee houdt kan men ook seksuele problemen effectief onderzoeken, een diagnose stellen en behandelen. Verder moet er rekening gehouden worden met de psychologische problemen. Zo wordt seksuele dysfunctie bij depressieve ouderen minder goed herkend en minder gepast behandeld dan bij jongere patiënten (Taylor & Gosney, 2011).

Opmerkelijk is dat verpleegkundigen meestal geen problemen hebben met het bevragen van intieme/persoonlijke zaken, zoals iemand zijn stoelgangspatroom, maar dat ze wel moeite hebben om het onderwerp seksualiteit ter sprake te brengen. Daarnaast vinden de meeste verpleegkundigen het geen probleem om erg intieme handelingen te stellen bij de zorgvrager zoals bijvoorbeeld een urinaire sondage. Toch stelt men vast dat vele verpleegkundigen het moeilijk hebben om het onderwerp seksualiteit ter sprake te brengen (Jonkers, 2013).

Verpleegkundigen spelen een centrale rol in de geïnstitutionaliseerde ouderenzorg. Doordat ze dagelijks contact hebben met de bewoners ontwikkelt er zich vaak een sterke relatie, gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Een vertrouwensrelatie vergemakkelijkt de seksuele expressie van personen die in een zorginstelling verblijven. Zorgverleners bepalen dus welke seksuele handelingen al dan niet worden getolereerd (Mahieu, Van Elssen, & Gastmans, 2011).

Seksualiteit wordt beschouwd als een mensenrecht. Er kan dus niet van ouderen verwacht worden dat ze zich op seksueel vlak aanpassen aan de beperkingen van een zorginstelling. De meerderheid van de mensen verwacht dat zorginstellingen zich aanpassen aan de behoeften van de ouderen. Ouderen moeten beschouwd worden als volwaardige personen, die een breed scala aan rechten hebben, waaronder het recht op vrije expressie van seksuele activiteiten (Esterle, Sastre, & Mullet, 2011). Ouderen die in een chronische zorginstelling verblijven hebben dezelfde rechten als ouderen die thuis verblijven.

Bauer, Fetherstonhaugh, Nay & Tarzia (2013) deden een systematisch literatuuronderzoek om te onderzoeken wat geïnstitutionaliseerde ouderen denken over seksualiteit en ouder worden in een chronische zorgsetting. Conclusie van dit onderzoek is dat zorgverleners meer aandacht moeten schenken aan de verwachtingen, attitudes, ervaringen en gedragingen van bewoners met betrekking tot hun seksualiteit.

1.3 Ook 65-plussers hebben nog seks

1.3.1 Algemene misvattingen en mythes omtrent seksualiteit bij ouderen

- "Seksualiteit bestaat niet op oudere leeftijd"

Het komt vaak voor dat men gelooft dat seksualiteit verdwijnt met het ouder worden. Dit geloof komt vooral voor bij zorgverleners. Een studie toonde aan dat de meerderheid van ondervraagde verpleegkundigen niet geloofde dat mensen in de jaren '70 seksuele behoeften hadden.

- "Seksualiteit bij oudere personen is komisch"

Vaak wordt seksualiteit op oudere leeftijd als lachwekkend gezien. Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door de humoristische verjaardagskaarten die verwijzen naar de achteruitgang van potentie door de jaren heen.

- "Seksualiteit bij oudere personen is walgelijk"

Dit stereotiep gegeven maakt dat oudere mensen zich schamen of schuldig voelen over hun gevoelens van seksueel verlangen. Dit zorgt ervoor dat ze deze behoeften en bekommernissen moeilijk tot uiting kunnen brengen bij zorgverleners, uit angst om als ongepast, bizar, obscene of als 'vieze oude mensen' gebrandmerkt te worden.

- "Seksuele activiteit in langdurige zorg is tegen de regels"

Een studie toonde aan dat 81% van de mannen en 75% van de vrouwen seksuele lusten meldden, maar momenteel seksueel inactief waren omdat ze ervan uitgaan dat het niet mag.

- "Aangenomen dat het heteroseksueel is"

Het bestaan van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender oudere volwassenen wordt vaak niet overwogen. Een studie meldde dat personeelsleden neigen naar meer negatieve opvattingen over intimiteit tussen hetzelfde geslacht.

- "Ouderen worden vaak als 'aseksuele' personen beschouwd"

In de maatschappij heerst vaak het idee dat ouderen geen behoefte en nood hebben aan seksualiteit.

(Dominguez & Barbagallo, 2016)

1.3.2 Generatieverschillen

Ouderen die momenteel 70 of ouder zijn, zijn doorgaans grootgebracht met weinig of geen informatie over gezonde seksualiteit (Foley, 2015). Ideeën over seksualiteit bij ouderen worden daarnaast beïnvloed door maatschappelijke mythen over veroudering en seksualiteit. In de Westerse samenleving is seks bestemd voor de jonge, mooie, gezonde, gehuwde en heteroseksuele persoon. Dit illustreert wat feministische theoretici vaak de 'gecharmeerde cirkel' van seksualiteit noemen. Dit kan leiden tot geïnternaliseerd stigma en verhoogde seksuele problemen bij oudere volwassenen (Cohn & Syme, 2016).

50 jaar geleden was het nog een taboe om in het openbaar te praten over het onderwerp seksualiteit. Er werd zelden gepraat over seks, niet in de gezondheidszorg en ook niet binnen de maatschappij. Seksualiteit was vooral voor getrouwde volwassenen met als doel voortplanting. Enkel als daarrond problemen waren werden deze door de gezondheidszorg (h)erkend. Ook geslachtsziekten werden erkend want dit waren medische behandelbare infectieziekten. Bij deze problemen liet de gezondheidszorg haar bevoegdheid gelden. Er waren voorlichtingsteksten voorhanden, maar deze waren in principe enkel voor volwassenen die er volgens de normen een seksueel leven op na mochten houden (De Regt, 2012).

De anticonceptie revolutie heeft het thema seksualiteit in de gezondheidszorg sterk beïnvloedt:

- De enge fysiologische definitie van seksualiteit is geëvolueerd naar een brede definitie waar zowel sociale en psychische aspecten een grote rol spelen.
- Het idee dat seksualiteit enkel een reproductieve functie heeft is geëmancipeerd tot veilig vrijen als voorwaarde voor een gezonde seksuele relatie.
- Seksualiteit is voor iedereen een meer bespreekbaar onderwerp geworden.
- De seksuele voorlichting heeft een positievere toon gekregen.
- In vijftig jaar is het aanbod en ook de vraag in de seksuele gezondheidsmarkt sterk veranderd. Er is een breder aanbod gekomen. Zo is men geklommen van anticonceptie hulpverlening naar seksuologische hulpverlening en meer oog voor psychosociale steun en seksuele vorming. Daar waar de seksuele gezondheidsvoorlichting eerst vooral aanbodgericht was is deze nu vraaggericht geworden (De Regt, 2012).

1.3.3 Leeftijd en seksuele activiteiten

In het Brits onderzoek van Flyn en Gow (2015) waarin 50-plussers werden bevraagd, werd vastgesteld dat bijna 2/3 van de 50 tot 92-jarigen seks beschouwt als een vitaal onderdeel van een emotionele relatie. Hoewel ze op meer diverse en gevarieerde manieren uitingen van liefde en seksuele relaties rapporteerden dan jongere cohorten.

De Wereldgezondheidsorganisatie maakt in hun definitie over seksualiteit geen onderscheid op basis van leeftijd (Bauer, Chenco, McAuliffe & Nay, 2013). De seksuele expressie van ouderen is gelijkaardig met die van jonge mensen (Dominguez & Barbagallo, 2016). Hoewel ouderdom vaak gezien wordt als een asexuele levensfase, heeft onderzoek aangetoond dat tussen de 40 à 80% van de mensen ouder dan 65 jaar seksueel actief blijven. Wel blijkt uit onderzoek dat de frequentie van de seksuele activiteiten vaak lager is in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen. Deze frequentie neemt nog verder af bij geïnstitutionaliseerde ouderen. Het afnemen van seksuele activiteiten in een chronische zorginstelling kan gedeeltelijk verklaard worden vanuit de verschillende belemmeringen die zorgvragers ervaren. De houding van de zorgprofessionals speelt hierin een belangrijke rol. Ze hebben vaak een negatieve houding en beschouwen seksueel gedrag als abnormaal gedrag dat niet moet worden aangemoedigd (Villar, Fabà, Serrat, & Celdrán, 2015).

Om tegemoet te komen aan voorkeuren en beperkingen in de zorg, gaan ouderen vaak de nadruk leggen op intieme activiteiten zoals knuffelen, vasthouden enz. Toch blijven vele ouderen gans hun leven deelnemen aan diverse seksuele activiteiten zoals masturbatie, activiteiten in verband met het voorspel, orale, vaginale en anale geslachtsgemeenschap (Syme, Lichtenberg, & Moye, 2016).

1.4 Is seksualiteit dan zo belangrijk voor 65-plussers

Dominguez & Barbagallo (2016) stellen dat koppels die ook op latere leeftijd seksueel actief blijven, gelukkiger en meer tevreden zijn in vergelijking met koppels die seksueel inactief zijn. Veel ouderen zijn echter erg terughoudend om hulp te zoeken bij seksuele problemen, omdat ze vaak geremd worden door verlegenheid. Dit kan een ernstige weerslag hebben op hun kwaliteit van leven (Taylor & Gosney, 2011). Seksuele relaties zijn een sterk bepalende factor voor het gevoel van eigenwaarde (Esterle et al., 2011).

Uit onderzoek naar de seksuele attitudes en leefstijlen is gebleken dat 42% van de vrouwen en 60% van de mannen in de leeftijd van 65-74 seksueel actief zijn. Bovendien hebben onderzoekers mogelijke voordelen geïdentificeerd voor oudere

volwassenen die zich bezighouden met seksueel gedrag. Gerapporteerd werd dat oudere volwassenen die zich regelmatig seksueel uitten door middel van geslachtsgemeenschap, zich zowel fysiek als psychologisch beter voelden en bovendien minder kampten met lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Studies hebben verder gesuggereerd dat oudere volwassenen die zich bezighouden met geslachtsgemeenschap waarschijnlijk een hogere kwaliteit van intieme relaties zouden hebben, lagere percentages van depressieve symptomen, slankere tailles en een hogere zelfwaardering. Daarnaast wordt gesuggereerd dat leeftijd geen barrière hoeft te zijn met betrekking tot het belang van seks in het latere leven of de frequentie van seksuele ervaringen (Flynn & Gow, 2015). In volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op het belang van de verpleegkundige attitude ten aanzien van de levenskwaliteit van deze ouderen.

Veel ouderen blijven seksueel actief en geven aan dat dit zowel fysieke als psychische voordelen heeft (Haesler, Bauer & Fetherstonhaugh, 2016). Deze gezondheids- en welzijnsvoordelen van seksualiteit, kunnen niet vervangen worden door algemene sociale relaties of vriendschappen (Lichtenberg, 2014).

Seksualiteit in een partnerrelatie kan de levensduur verlengen, het immuunsysteem verbeteren, zorgt voor vreugde, pijnbestrijding en ten slotte een goede seksuele gezondheid. Seksualiteit is tevens een belangrijke mogelijke preventieve maatregel tegen belangrijke doodsoorzaken, zoals hartaandoeningen en kanker (Buttaro, Koeniger-Donohue & Hawkins, 2014).

Een Engelse longitudinale studie bij 6.833 deelnemers tussen de 50-89 jaar toonde aan dat het behoud van een gezond seksleven bij ouderen een hulpmiddel kan zijn voor het verbeteren van de cognitieve functie en welbevinden (Dominguez & Barbagallo, 2016).

Seks en seksualiteit stellen oudere personen met chronische aandoeningen in staat om zich normaal, sterk en levendig te voelen (Merghati-Khoei, Pirak, Yazdkhasti & Rezasoltani, 2016).

Experts zijn ervan overtuigd dat een slechte gezondheid leidt tot verminderde seksuele activiteit en dat seksuele activiteit leidt tot een betere gezondheid. Dit verband dient echter nog verder onderzocht te worden (Connolly, Breckman, Callahan, Lachs, Ramsey-Klawnsnik & Solomon et al., 2012).

1.5 Alles wat je moet weten over de houding en attitude van verpleegkundigen

Seksualiteit bij ouderen wordt vaak niet als een prioriteit gezien door verpleegkundigen. Verpleegkundigen gaan er vaak vanuit dat ouderen niet meer seksueel actief zijn en dat ze dus geen aandacht moeten besteden aan de seksuele behoeften van de zorgvragers. Zorgvragers merken op dat verpleegkundigen zich ongemakkelijk voelen als dit onderwerp besproken wordt, waardoor ouderen dit onderwerp ook niet zelf bespreekbaar durven maken. Volgens Maslow (1943) zijn seksualiteit en intimiteit echter essentiële behoeften die moeten bevredigd moeten worden (Mendes, 2015). Maslow geeft aan dat seksualiteit een fysiologische behoefte is die even cruciaal is als drinken en eten. De fysiologische behoeften moeten vervuld zijn alvorens de bovenliggende behoeften in de piramide vervuld kunnen worden (Maslow, 1943).



Figuur 1.2: De piramide van Maslow

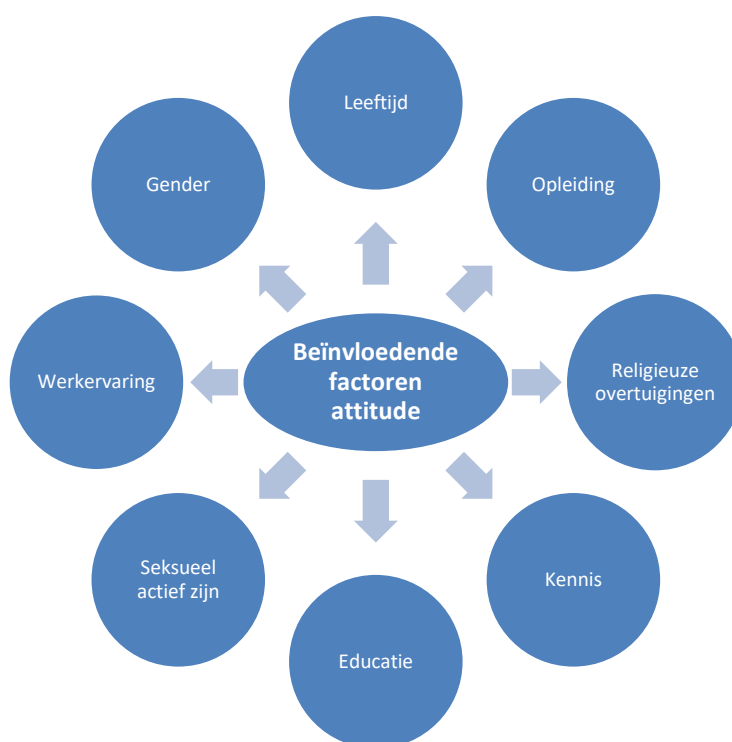
Noot: Sollicitatie Buddy's. (s.a.). Gevonden op het internet op 3 mei 2018: <http://sollicitatiebuddys.nl/wp-content/uploads/2015/11/pyramide-van-maslow.jpg>

De attitude van zorgverleners ten opzichte van seksualiteit op latere leeftijd heeft een belangrijke impact op het seksuele leven en de seksuele beleving van de zorgvragers. Veel zorgverleners voelen zich ongemakkelijk wanneer dit onderwerp aan bod komt. De meeste zorgverleners zien seksualiteit als iets dat niet gestimuleerd of promoot moet worden. Sommige zorgverleners beschouwen seksualiteit als irrelevant of als potentieel gevaarlijk voor de zorginstelling. Hun reacties variëren meestal van paternalisme tot ontmoediging en tenslotte afwijzing. Hierdoor is het niet verassend dat slechts een minderheid van de zorginstellingen een expliciet beleid hebben omtrent seksualiteit (Villar, Celdrán, Fabà, & Serrat, 2014). Dit resulteert in een negatieve attitude van zorgverleners.

1.5.1 Demografische factoren

Mahieu & Gastmans (2015) gingen in hun review na of demografische kenmerken zoals leeftijd, opleiding en religieuze overtuigingen een weerslag hadden op de houding van verpleegkundigen met betrekking tot seksualiteit op latere leeftijd. Twee studies vonden een significant verband tussen de leeftijd van verpleegkundigen en hun kennis over seksualiteit bij de oudere zorgvrager. Verder blijkt uit deze literatuurstudie dat er een duidelijk verband is tussen opleiding en kennis. Individuen met een hogere opleiding, hadden een grotere kennis over seksualiteit op oudere leeftijd. Er werd een duidelijke correlatie gevonden tussen permanente educatie en de kennis over seksualiteit op oudere leeftijd. Mahieu & Gastmans (2015) verwijzen in hun literatuurstudie tevens naar het feit dat het hebben van een seksuele relatie een positieve invloed kan hebben op het kennisniveau van de verpleegkundige. Daarnaast werd er een correlatie gevonden tussen religieuze overtuiging en de kennis van de hulpverleners. Hulpverleners met een grote religieuze overtuiging, hebben vaak een grotere kennis betreffende dit onderwerp. Er werd ook een significant verband gevonden tussen werkervaring en kennis. Mahieu en Gastmans (2015) concluderen dat er een verband is tussen kennis en attitude. Toch stellen ze dat dit verband nader moet onderzocht worden omdat verschillende studies tegenstrijdig zijn.

Gender is tevens een belangrijke beïnvloedende factor. Zo blijkt uit onderzoek dat vrouwen minder tolerant zijn ten opzichte van hun mannelijke collega's. Seksuele uitingen worden vaak fout geïnterpreteerd. Dit suggereert dat het geslacht van verpleegkundigen een rol kan spelen bij de karakterisering van seksualiteit als probleemgedrag (Haesler et al., 2016).



Figuur 1.3: Demografische factoren die attitude verpleegkundige bepalen

Behoudens de hierboven vermelde factoren beïnvloedt ook opvoeding de attitude. Tijdens de opvoeding krijgen kinderen reeds op jonge leeftijd een bepaald beeld over seksualiteit bijgebracht. Dit beeld is vaak cultuurgebonden en de media en de omgeving spelen hierin eveneens een belangrijke rol. Vaak wordt aangeleerd dat de seksuele behoeften afnemen bij het ouder worden. Als een hulpverlener ervan uitgaat dat oudere zorgvragers verminderde of geen seksuele behoeften meer hebben, dan is de kans groot dat hij de seksuele vragen van deze doelgroep niet gaat herkennen of erkennen (Swinnen, 2011).

1.5.2 Andere beïnvloedende factoren

1.5.2.1 De invloed van het verblijf in een zorginstelling op het seksueel welbevinden

Een verblijf in een zorginstelling zorgt er vaak voor dat bewoners barrières ervaren in hun seksuele expressie. Institutionaliserings leidt niet tot een automatische afname van de interesse in seks. Een zeer belangrijke barrière is de privacy in zorginstellingen samen met het kennistekort bij personeel. Bovendien is er een gebrek aan communicatie over seks en seksualiteit. Daarnaast is de inrichting van zorginstellingen vaak onvoldoende afgestemd op de seksuele behoeften van hun residenten. Daarbij komt dat vele bewoners in een zorginstelling een slechte gezondheid hebben, dit zorgt voor een belemmering van de fysieke seks (Mahieu & Gastmans, 2015). Taylor & Gosney (2011) stellen dat een gebrek aan tijd een belangrijke belemmering is voor zowel huisartsen als verpleegkundigen om dit onderwerp ter sprake te brengen.

Villar et al. (2014) toonden met hun studie aan dat een gebrek aan privacy zowel door personeelsleden als door zorgvragers gezien wordt als één van de belangrijkste barrières. Opvallend was dat personeelsleden deze barrière vaker benoemden dan de zorgvragers zelf. Het gebrek aan privacy wordt volgens hen vaak veroorzaakt, enerzijds door het ontbreken van een individuele badkamer of kamer, anderzijds door het hanteren van een vaste dagstructuur die de nadruk legt op gemeenschappelijke activiteiten. Verder bleek uit deze studie dat een gebrek aan privacy meestal voorkomt in combinatie met een gebrek aan vrijheid, bijvoorbeeld geen slot op de deur. Voorts

benoemden veel zorgvragers de doorgaans goedbedoelde controles van het personeel als een drempel. Vaak wordt deze informatie gebruikt om te roddelen. Op die manier worden seksuele daden, publieke zaken wat er dan weer toe leidt dat zorgvragers zich inhouden. Ook toonde deze studie aan dat er een overtuiging heerst dat seksueel gedrag op oudere leeftijd sociaal en moreel ongepast is. Deze overtuigingen leiden ertoe dat de vrije uitdrukking van seksuele behoeften en interesses, gevoelens van schuld en schaamte oproepen.

Er is een grote behoefte aan ondersteuning en schriftelijke richtlijnen vanuit de directie die verpleegkundigen er bewust van moeten maken dat seksualiteit een onderwerp is dat de moeite waard is om te bespreken (Saunamäki & Engström, 2014). Tzeng, Lin, Shyr & Wen (2009) stellen dat het beleid dat een zorginstelling hanteert, een belangrijke weerslag kan hebben op de seksualiteit van de oudere zorgvrager. Dit omdat het beleid een invloed kan uitoefenen op het feit dat er al dan niet aandacht wordt geschonken aan privacy. Bovendien heeft het beleid een belangrijke weerslag op de attitude van de verpleegkundige.

Verder is er aangetoond dat de reactie van het personeel in een zorginstelling op seksueel gedrag van de bewoners afhankelijk is van de mate waarin men zich comfortabel voelt om dit onderwerp te bespreken. De cultuur die heerst in de zorginstelling waar men werkt is eveneens een belangrijke determinant en bepaalt ervaren barrières door het personeel (Lester, Kohen, Stefanacci & Feuerman, 2016). In hoofdstuk 2 wordt nagegaan of en hoe een duidelijk beleid betreffende seksualiteit het taboe omtrent seksualiteit in een chronische zorgsetting kan doorbreken. Daarbij worden tevens concrete tips gegeven die gebruikt kunnen worden bij de ontwikkeling van een beleid.

1.5.2.2 Familie beslist mee

Familieleden kunnen een barrière vormen voor de seksuele expressie van de bewoners van een zorginstelling (Mahieu & Gastmans, 2015). Personeelsleden lichten vaak zonder toestemming familieleden in over de relatie van de zorgvrager. Familie kan het moeilijk hebben om de seksuele behoeften van hun ouders of grootouders te erkennen en te accepteren, vooral als de zorgvrager weduwe of weduwnaar is. Personeelsleden trachten rekening te houden met de wensen van de familie om zo problemen te vermijden. Zo worden er beslissingen genomen betreffende het seksuele gedrag van de zorgvrager, zonder rekening te houden met de mening van de zorgvrager (Villar et al., 2014).

1.5.2.3 Te weinig oog voor de medische of fysiologische problemen

Veel ouderen kampen met chronische aandoeningen. Dit heeft een nadelige invloed op hun seksualiteit. Eerder in deze bachelorproef is besproken dat seksualiteit een sterke invloed heeft op de persoonlijke beleving en de levenskwaliteit. Het is daarom belangrijk dat de zorgverlener oog heeft voor het verbeteren van de seksuele gezondheid van ouderen met chronische aandoeningen (Merghati-Khoei et al., 2016). Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de meeste artsen dit probleem nooit ter sprake brengen, waardoor deze problemen onbehandeld blijven. Er is aangetoond dat artsen te weinig educatie hebben gehad over de invloed van chronische aandoeningen op seksualiteit. Hierdoor vinden artsen het vaak erg confronterend als patiënten dit zelf ter sprake brengen. Uit onderzoek blijkt dat slechts 38% van de mannen en 22% van de vrouwen ouder dan 50 jaar seksuele problemen rapporteert (Connolly et al., 2012).

1.5.2.4 Het beschikken over een partner

Eén belangrijk praktisch probleem dat voorkomt bij geïnstitutionaliseerde ouderen is het feit dat bewoners vaak geen seksuele partner meer hebben omdat deze is overleden. Tevens kan een slechte lichamelijke gezondheid van de partner een barrière vormen in de vervulling van de seksuele behoeften. In het verleden is reeds in verschillende onderzoeken aangetoond, dat het nuttig kan zijn om bij het ontbreken van een partner beroep te doen op externe seksuele dienstverlening (Taylor & Gosney, 2011). Vooral vrouwen kampen vaak met een gebrek aan een beschikbare, bereidwillige en bekwame partner, omdat zij vaak langer leven (Connolly et al., 2012). Op Belgisch grondgebied kan er ondersteuning gegeven worden vanuit vzw Aditi. Dit wordt verder besproken in 1.6.2.

1.5.2.5 Visie op seksuele identiteit

Er heerst nog een groot taboe rond homoseksualiteit in de zorg. Hulpverleners zijn onvoldoende opgeleid omtrent de specifieke gezondheidsbehoeften van personen die afwijken van de heteronormaliteit. Bovendien is het beleid van zorginstellingen meestal niet afgestemd op partners van hetzelfde geslacht. De huidige generatie van homoseksuele ouderen in woonzorgcentra is redelijk onzichtbaar. De 45-jarige tot 65-jarigen durven vaker hun "afwijkende geaardheid" te uiten. Het is belangrijk dat zorginstellingen hun beleid hieraan aanpassen en dat hulpverleners voldoende worden opgeleid om holebi's zorg op maat te kunnen bieden (Henning-Smith, Gonzales, & Shippee, 2015). Op seksuele diversiteit wordt dieper ingegaan in hoofdstuk 5.

Ondanks het fundamentele en natuurlijke karakter van seksuele relaties van adolescentie tot late volwassenheid kunnen deze bij oudere mensen drastisch veranderen. Soms is het de zorgvrager zelf die gelooft dat seksuele relaties, die geassocieerd zijn met reproductie, immoreel worden als ze na een bepaalde leeftijd worden uitgevoerd. In andere gevallen wordt de partner ziek of mentaal beperkt en kan de kwaliteit van de relatie veranderen. In nog andere gevallen is het de familie die niet begrijpt dat hun ouders affectie blijven tonen. Het gebeurt dat de staf van een zorginstelling geen seksuele relaties binnen de zorginstelling tolereert. Het kan zelfs zo ver gaan dat personen die meer dan 50 jaar samen hebben geleefd worden gescheiden (Esterle et al., 2011).

1.6 Seksuele vrijheid versus duidelijke grenzen

1.6.1 Doen versus laten

Zorgvragers kunnen seksueel ongewenst gedrag vertonen naar zorgverleners toe. Het is in de benadering van dergelijke ongewenste gedragingen belangrijk een onderscheid te maken tussen wilsbekwame en wilsonbekwame personen. Zorgnet Vlaanderen formuleerde daarom verschillende adviezen voor zorgverleners in de omgang met seksueel getint gedrag door wilsbekwame en wilsonbekwame zorgvragers (De Fauw, Denier, Peeters, Wuyts, Dhaene & Zenner, 2013). Een wilsbekwame zorgvrager dient er steeds op te moeten worden aangesproken als hij seksueel gekleurde opmerkingen maakt of seksuele gedragingen stelt ten opzichte van de zorgverlener. Dergelijk gedrag is ongehoord. Wel is het belangrijk om steeds de oorzaak van dit ongepaste gedrag na te gaan (De Fauw et al., 2013).

Bij wilsonbekwame oudere zorgvragers is het belangrijk om te zoeken naar de achterliggende betekenis van het gedrag van de zorgvrager. Gedrag dat seksueel getint lijkt, is misschien niet noodzakelijk een vraag inzake seksualiteit. Bewoners in een zorginstelling worden vaak enkel op functionele wijze aangeraakt, bijvoorbeeld om ze te wassen. Dit kan aanleiding kan geven tot seksueel ongewenste gedragingen (De Fauw et al., 2013).

Als verpleegkundige in een chronische zorgsetting moet men de eigen grenzen en die van de zorgvragers voortdurend bewaken. Niet iedereen kan of durft zijn eigen grenzen aan te geven. En wanneer spreek je van grensoverschrijdend gedrag? Dit thema is het afgelopen jaar meermaals in de media geweest en is zeker ook van toepassing op ouderen. Voortdurend ethische (zelf)reflectie is daarbij noodzakelijk. In hoofdstuk 4 wordt er verder ingegaan op seksueel grensoverschrijdend gedrag.

1.6.2 VZW Aditi

Aditi vzw is opgericht in 2008 en is een informatie- en adviescentrum waar o.a. kwetsbare ouderen en hun netwerk terecht kunnen met al hun vragen rond intimiteit en seksualiteit. Naast professionele ondersteuning van zorgvoorzieningen (opleiding, vorming, teamondersteuning) begeleiden zij ook individuele ouderen in hun zoektocht naar seksuele dienstverlening en intimiteitsbeleving.

Aditi vzw is over het ganse Vlaamse grondgebied actief en krijgt jaarlijks een 600-tal nieuwe aanvragen. Ongeveer 80% van deze vragen komen vanuit de sector voor personen met een beperking. 15% vanuit de ouderenzorg en 5% vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Er is wel een stijgende evolutie wat betreft het aantal aanvragen vanuit woonzorgcentra (Aditi vzw, seksualiteit en intimiteitszorg op maat, s.a.).

1.7 Besluit

Bovenstaand is aangetoond dat de attitude van verpleegkundigen ten aanzien van seksualiteit een grote impact heeft op het welbevinden van 65-plussers in een chronische zorgsetting. Die attitude wordt beïnvloed door verschillende factoren. Belangrijk is om een open houding aan te nemen over dit onderwerp teneinde communicatie mogelijk te maken en tegemoet te komen aan de individuele noden en behoeften van zorgvragers. Enkel zo kan men zorg op maat bieden vanuit een holistische benadering.

2 SEKSUELE TABOE BANNEN UIT DE PRAKTIJK AAN DE HAND VAN EEN DUIDELIJK BELEID - JILL

2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 werd er stil gestaan bij het feit dat zorgvragers boven de 65 jaar die verblijven in een chronische zorgsetting seksuele behoeften blijven hebben. Ook werd er dieper ingegaan op het belang van seksualiteit bij deze populatie.

Tevens werd het taboe dat er heerst bij verpleegkundigen die werken in een chronische zorginstelling geschetst. Ook werden de oorzaken en de gevolgen van dit taboe voor de zorgvragers nader verklaard. Het feit dat in vele chronische zorginstellingen geen beleid met betrekking tot het omgaan met seksualiteit werd uitgewerkt vergroot dit taboe en de onzekerheid bij verpleegkundigen. Hierdoor durven verpleegkundigen vaak niet in gesprek gaan met de zorgvragers omtrent dit onderwerp. In dit deel wordt er daarom verder ingegaan op het scheppen van een gemeenschappelijk beleid omtrent seksualiteit in een chronische zorginstelling.

In de komende decennia zal de naoorlogse babyboomgeneratie hogere eisen stellen aan woonzorginstellingen betreffende hun seksualiteit. Zij hebben vaak andere overtuigingen over seksualiteit dan hun ouders, waardoor zij zorginstellingen zullen aanzetten tot het (her)definiëren van al lang bestaande opvattingen en ideeën in zorginstellingen. Zorginstellingen zouden in dit vooruitzicht hun huidig beleid betreffende seksualiteit moeten evalueren. Ook moeten ze naar manieren zoeken om enerzijds de autonomie van de zorgvragers te stimuleren en tegelijkertijd toch zichzelf in te dekken tegen eventuele negatieve consequenties. Dit zou de ouderen in staat stellen om hun waardigheid en hun intieme relaties tot op het einde van hun leven te behouden. Seks is immers meer dan seks. Het moet niet resulteren in een orgasme. Voor ouderen is het een verklaring van een voortdurende betrokkenheid bij het leven, een bevestiging van de eigenwaarde en een belangrijke emotionele steun (Hill, 2014).

Volgende vraag wordt verder uitgediept: Hoe kan men er vanuit een ondersteunend beleid ervoor zorgen dat verpleegkundigen in een chronische zorginstelling zich comfortabel voelen om over het onderwerp seksualiteit met zorgvragers in gesprek te gaan?

2.2 Voor verandering is kennis van feiten nodig

2.2.1 Relatie tussen beleid en attitude

In hoofdstuk 1 is aangetoond dat verpleegkundigen zich vaak niet veilig voelen om over het onderwerp seksualiteit in gesprek te gaan. Vaak zijn ze in het ongewisse over wat de beleidsvisie van de instelling of de cultuur op de afdeling toelaat. Anders gezegd, de cultuur op de afdeling en de beleidsvisie kunnen wel degelijk van invloed zijn op de attitude van verpleegkundigen.

Door de attitude van verpleegkundigen kunnen ouderen op hun beurt te kampen krijgen met "iatrogene eenzaamheid". Dit begrip verwijst naar eenzaamheid die wordt veroorzaakt bij ouderen als gevolg van de attitude van zorgverleners en de manier waarop de zorg wordt georganiseerd. Door het gebrek aan betrokkenheid en een onpersoonlijke benadering, wordt elke vorm van nabijheid en intimiteit in de zorginstelling ontmoedigd (Gastmans, Denier & Degadt, 2015).

Van Houdenhove, Messelis & Van Velthoven (2016a) beschreven een bevraging omtrent seksualiteit en intimiteit in 5 Vlaamse woonzorgcentra met in totaal 50 deelnemers. Deze bevraging werd uitgevoerd door de hogeschool Odisee. Hieruit bleek dat 1 op de 4 deelnemers niet weet wat ze moeten doen als ze geconfronteerd worden met vrijende bewoners op de kamer. Ook gaf 1 op 3 deelnemers aan dat ze niet wisten wat ze moesten doen met een bewoner die masturbeert. Slechts 1 op 3 deelnemers vond dat het bevragen en de begeleiding van de zorgvrager bij zijn seksuele noden een onderdeel uitmaakte van zijn/haar zorgtaak.



Figuur 2.1: Viciuze cirkel: relatie tussen "gebrek aan beleid" en attitude verpleegkundigen inzake seksualiteit

2.2.2 Houding directie in beleidsontwikkeling

In Vlaamse literatuur vinden we terug dat in 2015 766 Vlaamse woonzorgcentra aangeschreven werden om een vragenlijst te laten invullen door hun personeelsleden. 393 personen met zeer uiteenlopende functies in de woonzorgcentra vulden deze vragenlijst in. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan dat ze vonden dat er te weinig aandacht werd besteed aan de seksualiteit en intimiteit van de bewoners in het woonzorgcentrum waar ze tewerkgesteld waren. Opvallend was dat slechts 1 op 4 deelnemers aangaf dat er mondelinge afspraken waren gemaakt betreffende het

omgaan met seksualiteit en intimiteit. Slechts 12% van de deelnemers gaf aan dat het woonzorgcentrum waar ze werkten duidelijke schriftelijke afspraken had betreffende dit onderwerp. Ongeveer 50% van de deelnemers gaf daarenboven aan dat ze een duidelijk seks- en intimiteitsbeleid misten (Van Houdenhove et al., 2016b).

Vermits slechts een klein gedeelte van de zorginstellingen een expliciet beleid heeft omtrent seksualiteit was het nuttig om de mogelijke oorzaken na te gaan. Veel zorginstellingen hebben geen beleid omtrent seksualiteit omdat de directie en het beheer vaak bang zijn voor eventuele aansprakelijkheid indien ze bewoners in staat stellen om hun seksuele relaties te onderhouden (Hill, 2014). Daarnaast zijn directieleden ook afwachtend. Ze verwachten dat nationale organisaties het initiatief nemen om middelen, training en een beleid aan te bieden dat voldoet aan de wettelijke voorschriften (Syme et al., 2016).



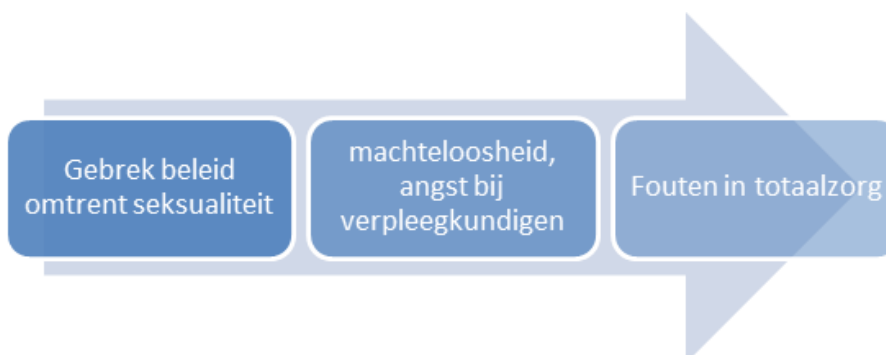
Figuur 2.2: Rol directie in ontwikkeling van beleid

2.3 Gebrek aan beleid, grote gevolgen

"Sex and sexuality in older people has largely been a taboo subject, at least among nurses and carers. Staff are generally not comfortable with the topic, and not knowledgeable about it either, thus they are powerless to help." (Heath, 2011).

Bovenstaand citaat geeft weer wat het belangrijkste gevolg is van een gebrek aan beleid. Door een gebrek aan beleid voelen verpleegkundigen zich vaak machteloos in het bieden van kwaliteitsvolle zorg met betrekking tot seksualiteit en intimiteit van de zorgvragers. Dit heeft nefaste gevolgen, zowel voor het verplegend personeel als de zorgvragers.

De manier waarop verpleegkundigen omgaan met de seksuele gezondheid van zorgvragers wordt in sterke mate bepaald door hun medische traditie en de zorginstelling waar ze tewerk zijn gesteld. Gebrek aan verplichtingen en voorschriften maken het voor verpleegkundigen moeilijk om over seksuele gezondheid te praten. Organisatiestructuren bepalen dus in sterke mate de mogelijkheden en beperkingen van verpleegkundigen (Klaeson, Hovlin, Guvå, & Kjellsdotter, 2017). Door dit gebrek aan beleid ontstaan er situaties waarbij zorgverleners op verschillende manieren gaan handelen in de praktijk, wat aanleiding geeft tot veel onzekerheid bij het personeel (Villar et al., 2014). Gayle (2013) geeft aan dat medewerkers bij een gebrek aan beleid betreffende seksualiteit gedoemd zijn om fouten te maken.



Figuur 2.3: Gevolgen gebrek aan beleid

Het afwezig zijn van een duidelijke beleidsvisie met betrekking tot de zorg voor seksualiteit en intimiteit bij de zorgvrager lokt bij verpleegkundigen gevoelens van machteloosheid, angst en onzekerheid uit. Daarnaast geeft dit vaak aanleiding tot het maken van fouten in de totaalzorg.

2.4 De kracht van een duidelijke beleidsvisie omtrent seksualiteit

2.4.1 Gunstig voor bewoners en de zorginstelling

Een duidelijk beleid omtrent seksualiteit zorgt ervoor dat zorgvragers op begrip en steun kunnen rekenen, in de plaats van gedwongen te worden om hun seksuele behoeften te negeren of te verbergen. Indien medewerkers en managers de seksuele rechten ondersteunen, zal het huiselijk gevoel van de bewoners toenemen. Hierdoor ontstaat er een comfortabele omgeving die open staat voor seksuele expressie (Lester, Kohen, Stefanacci & Feuerman, 2016). Daarnaast geeft dit de mogelijkheid om zorgvragers op een veilige, respectvolle en waardige manier van seksualiteit te laten genieten (Quinn & Happell, 2016).

Een goed beleid kan er dus toe bijdragen dat zorgvragers begrip en steun ervaren, waardoor ze op een veilige, respectvolle en waardige manier hun seksualiteit mogen beleven.

2.4.2 Beleid als houvast voor verpleegkundigen

In hoofdstuk 1 werd al aangehaald dat seksuele behoeften van oudere volwassenen vaak worden gezien als gedragsproblemen (Dominguez & Barbagallo, 2016). Verpleegkundigen moeten hun stereotype opvattingen loslaten over ouderen, omdat deze stereotypen kunnen leiden tot negatieve attitudes ten opzichte van gezonde uitdrukkingen van seksualiteit. Er dient op toegekeken te worden dat seksueel gedrag niet gepathologiseerd wordt (Joller, Gupta, Seitz, Frank, Gibson & Gill, 2013).

Een beleid met betrekking tot seksualiteit, biedt medewerkers een kader waarbinnen ze hun zorg kunnen verrichten (Swinnen, 2011). Communiceren over seksualiteit is vaak moeilijk voor zowel de patiënt als de verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn de zorgverleners die vaak het meeste tijd doorbrengen met de patiënten. (Kaplan & Pacelli, 2011). Er is aangetoond dat verpleegkundigen die vertrouwen hebben in hun eigen vermogens, vaker aandacht schonken aan de seksualiteit van de zorgvragers. Duidelijke richtlijnen kunnen ervoor zorgen dat verpleegkundigen zich gesteund voelen, waardoor ze meer zelfvertrouwen gaan hebben om te communiceren betreffende dit onderwerp (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

Een goed onderbouwd beleid is dus een krachtig middel om de stereotype opvattingen van verpleegkundigen te doorbreken. Daarnaast kan een beleid ertoe bijdragen dat verpleegkundigen meer aandacht gaan schenken aan dit onderwerp en zich comfortabeler voelen om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken.



Figuur 2.4: Beleid als houvast en steunpilaar voor verpleegkundigen

2.5 Beleidsbeginselen

2.5.1 Seksualiteit: een mensenrecht en primaire behoefte

Seksualiteit is een mensenrecht. De WHO raadt aan om seksuele rechten te erkennen in nationale wetten, internationale mensenrechten en andere consensusverklaringen (Bentrott & Margrett, 2016). De seksuele rechten van mensen zijn vastgelegd in internationale verdragen, die door de meeste landen zijn ondertekend (ook door België). De belangrijkste seksuele rechten die het meest van toepassing zijn op bewoners die wonen in een chronische zorgsetting zijn:

- Ieder persoon heeft recht op een zo hoog mogelijk niveau van seksuele gezondheid.
 - Ieder persoon heeft recht op correcte informatie over seksualiteit.
 - Ieder persoon heeft recht op respect voor zijn/haar fysieke integriteit.
 - Ieder persoon heeft recht op een vrije partnerkeuze.
 - Ieder persoon heeft het recht om zelf te kiezen om wel of niet seksueel actief te zijn.
 - Ieder persoon heeft het recht om een veilig, plezierig en bevredigd seksleven na te streven.
- (WHO,2010)

Alle volwassenen hebben deze rechten en vrijheden, tenzij er eventuele opgelegde wettelijke restricties zijn. Ieder mens heeft immers het recht zijn leven te leven zoals hij/zij dat wenst (Heath, 2011).

Eerder is ook al toegelicht dat seksualiteit volgens Maslow één van de basisbehoeften van de mens is, even belangrijk als eten en drinken. Daarnaast werd aangehaald dat seksualiteit één van de patronen van Gordon is en zo deel uitmaken van de totaalzorg uitgevoerd door verpleegkundigen.

2.5.2 Juridische invalshoek

Zorginstellingen kunnen trachten mogelijke wettelijke aansprakelijkheid te vermijden door seksueel gedrag bij zorgvragers uitdrukkelijk te verbieden, te ontmoedigen en de discussie te onderdrukken (Hill, 2014). Een duidelijk wettelijk kader kan dit voorkomen. Vlaanderen is bevoegd voor het beleid inzake de zorgverlening in de Vlaamse zorginstellingen. Zo moeten alle zorginstellingen aan bepaalde voorwaarden voldoen om erkend en gesubsidieerd te worden (Agentschap zorg en gezondheid, 2017b).

Duidelijke richtlijnen geeft Vlaanderen echter niet aan zorginstellingen inzake een beleid betreffende seksualiteit. Enkel omtrent grensoverschrijdend gedrag zijn er duidelijke richtlijnen en verplichtingen. Op 9 mei 2014 nam de Vlaamse regering een besluit betreffende het feit dat alle gezondheids- en woonzorgvoorzieningen een beleid moeten hebben omtrent de preventie en de omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voorzieningen moeten een geschreven kader ontwikkelen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag ten opzichte van de gebruikers. Er moet tevens in de procedure een registratiesysteem worden uitgewerkt waarin alle gevallen van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de zorgvragers kunnen worden geregistreerd (Peeters & Vandeurzen, 2014). Begin 2015 stuurde het Agentschap zorg & gezondheid een omzendbrief rond betreffende dit besluit van de Vlaamse regering. Deze omzendbrief maakte duidelijk aan welke verplichtingen zorginstellingen precies moesten voldoen (Agentschap zorg en gezondheid, 2015).

De focus gaat dus naar het grensoverschrijdend gedrag, maar niet naar een algemeen beleid aangaande seksualiteit. Dit is een gemiste kans omdat zorginstellingen tot op heden nog steeds niet gestimuleerd worden om een kwaliteitsvol beleid uit te bouwen omtrent seksualiteit.

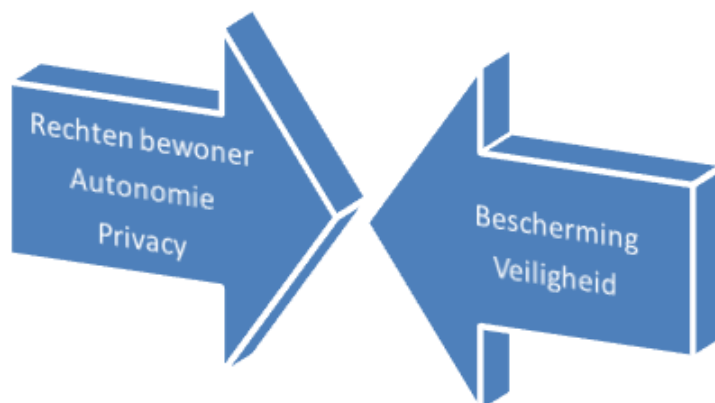
In hoofdstuk 4 wordt er dieper ingegaan op de verpleegkundige rol in het herkennen en hanteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

2.5.3 Ethische invalshoek

Intimiteit en seksualiteit zijn omstreden onderwerpen in de residentiële ouderenzorg met zowel ethische als juridische overwegingen (Cook, Schouten, Henrickson, & McDonald, 2017). Spring (2015) stelt dat sommige faciliteiten zelfs zorgvragers medicatie toedienen om hun seksuele driften uit te roeien. Daarbij komt dat dit vaak zonder geïnformeerde toestemming gebeurt, waardoor dit als onwettig beschouwd kan worden. Het is belangrijk dat het management van zorginstellingen de noodzaak erkent van een ethisch beleid omtrent seksualiteit dat zowel de bewoners als het personeel ondersteunt. Dit zal ertoe leiden dat de levenskwaliteit van de zorgvragers toeneemt en dat zorgverleners uit hun negatieve spiraal geraken (Mahieu et al., 2011).

Seksuele relaties bij bewoners met dementie zijn nog complexer. De rechten van deze zorgvragers moeten evenzeer worden erkend, gerespecteerd en verdedigd. Het is niet omdat iemand de diagnose dementie krijgt, dat dit automatisch betekent dat hij/zij geen beslissingen meer kan nemen over zijn/haar seksuele activiteiten. Het is een plicht van zorginstellingen om dit individueel te bekijken en weloverwogen beslissingen te nemen zodat de autonomie en de rechten van de zorgvrager niet worden geschonden (Lester et al., 2016).

In veel zorginstellingen hebben zorgvragers nog steeds niet de mogelijkheid om hun kamerdeur op slot te doen. Het ontbreken van een "kamerslot" is een teken van het onopgeloste evenwicht tussen bescherming en veiligheid aan de ene kant en privacy en autonomie aan de andere kant (Rowntree & Zufferey, 2015).



Figuur 2.5: Ethische overwegingen beleid betreffende seksualiteit

Het recht van zorgvragers om zelf beslissingen te nemen over intimiteit, seksualiteit en fysieke relaties wordt vaak onvoldoende erkend. In zorginstellingen vermijdt men het thema vaak of gaat men hier op een heel onhandige wijze mee om. De discussie over een constructief beleid wordt zo vaak uit de weg gegaan.

2.6 De eerste stap naar verbetering: tekortkomingen inventariseren

Het is belangrijk dat zorginstellingen hun tekortkomingen betreffende de seksuele behoeften van hun zorgvragers in beeld brengen, alvorens ze een beleid aangaande seksualiteit opstellen of hun huidig beleid aanpassen. Het identificeren van hiaten in het beleid blijft moeilijk.

De Sexuality Assessment Tool (SexAT) maakt het mogelijk om na te gaan of een organisatie de seksualiteitsbehoeften van alle zorgvragers, inclusief de ouderen met dementie, op een goede manier ondersteunt. De SexAT biedt voor de ouderenzorg een kader om te bepalen hoe goed ze de rechten van ouderen ondersteunen om hun seksualiteit uit te drukken. Dit meetinstrument bevraagt 7 onderdelen:

- instellingsbeleid;
- de behoeften van de oudere persoon;
- onderwijs en training van het personeel;
- ondersteuning en informatie voor de ouderen;
- ondersteuning en informatie voor familieleden;
- de psychische omgeving;
- de mogelijke risico's/veiligheid.

(Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, Nay, & Beattie, 2014).

Dit meetinstrument dient ingevuld te worden door het management van de zorginstelling. Er moet op 69 stellingen geantwoord worden met ja, neen of soms. De eindscore geeft een beeld van hoe goed een zorginstelling de behoefte aan intimiteit en seksualiteit van hun bewonerspopulatie ondersteunt (Bauer et al., 2014). Er is dus een concrete tool aanwezig om het beleid ten aanzien van seksualiteit in kaart te brengen. Wel kan de gebruiksvriendelijkheid van dit meetinstrument in vraag gesteld worden, omdat er op 69 stellingen geantwoord dient te worden.

2.7 Klaar voor actie, enkele aanbevelingen

Het is belangrijk om bij het opstellen van een beleid betreffende seksualiteit te vertrekken vanuit een realistisch mensbeeld. Het realistisch mensbeeld vertrekt vanuit het idee dat de behoefte aan seksualiteit en intimiteit niet stopt op een bepaalde leeftijd. Ouderen mogen niet afgeschermd worden van elk risico. Vanuit dit mensbeeld wordt er aanbevolen om op 3 niveaus om te gaan met seksualiteit en intimiteit in de zorg. De ouderen zelf zijn het eerste niveau. Het 2^{de} niveau is de relationele sfeer en het derde niveau zijn de zorgvoorzieningen (Gastmans, 2015).

Vermits er vanuit het realistisch mensbeeld wordt aanbevolen om seksualiteit en intimiteit te benaderen op 3 niveaus (bewoner-, relationeel- en institutioneel niveau) worden de aanbevelingen geformuleerd op deze 3 niveaus.



Figuur 2.6: De 3 betrokken niveaus bij het opstellen van een beleid aangaande seksualiteit

2.7.1 Aanbevelingen op niveau van de bewoners

Het is belangrijk dat verpleegkundigen de tijd nemen om de seksuele behoeften van de zorgvragers te begrijpen (Doll, 2013). Indien men de seksualiteit en intieme relaties van de zorgvragers niet serieus neemt, erkent men niet de werkelijke behoeften en kan er ontevredenheid bij patiënten ontstaan. Organisaties moeten ernaar streven om een niet-oordelende en niet discriminerende benadering te bevorderen, ongeacht de individuele overtuigingen van de medewerkers. Ondersteuning bieden bij seksuele activiteiten kan immers erg delicaat zijn, bijvoorbeeld het helpen van een zorgvrager met zijn hygiëne voor en na seksuele activiteit (Heath, 2011). Het is belangrijk om regels en afspraken te hebben omtrent seksualiteit in zorginstellingen. Anderzijds moeten deze regels en afspraken wel flexibel genoeg zijn om te voldoen aan de seksuele behoeften van de zorgvragers (Doll, 2013).

Zorgorganisaties moeten:

- elke situatie individueel beoordelen, iedere persoon is immers uniek;
- rekening houden met de context en het levensverloop van de zorgvrager;
- individuele keuzes en controle stimuleren;
- duidelijke grenzen stellen die het personeel en de zorgvragers beschermen;
- openstaan om bij te leren over ervaringen en relaties.

(Heath, 2011)

2.7.2 Aanbevelingen op niveau van de familieleden (relationeel niveau)

Het is niet gepast om vertrouwelijke zaken op vlak van seksualiteit te bespreken met familieleden, zonder de toestemming van de zorgvrager zelf. Zorgvragers hebben immers wettelijke rechten en medewerkers dienen zich te houden aan het beroepsgeheim (Heath, 2011). Het hebben van informatie betreffende intieme gedragingen van de zorgvragers geeft het personeel een zekere macht. Informatie-uitwisseling dient steeds op een respectvolle manier te gebeuren, waarbij de noden en de waardigheid van de oudere persoon het uitgangspunt zijn (Gastmans et al., 2015).

Het is dus belangrijk dat verpleegkundigen zich houden aan het beroepsgeheim. Daarnaast dienen ze discreet om te gaan met informatie, om te voorkomen dat de rechten van de zorgvragers worden geschonden. Een beleid moet dus duidelijk omschrijven wat er al dan niet mag gecommuniceerd worden naar de familie toe. Daarnaast moet ook aangegeven worden op welke wijze dit dient te gebeuren.

2.7.3 Aanbevelingen op institutioneel niveau

Eerder is al aangetoond dat de houding van verpleegkundigen ten opzichte van het seksueel gedrag van zorgvragers sterk afhankelijk is van de cultuur die er heerst in de zorginstelling en de mate waarin men zich comfortabel voelt om dit onderwerp te bespreken.

Verpleegdirecties moeten dus initiatieven nemen die ertoe leiden dat verpleegkundigen zich veilig genoeg voelen om met de zorgvragers te spreken over seksualiteit en andere "taboe"-onderwerpen (Saunamäki & Engström, 2014). Daarom worden hieronder enkele concrete tips op institutioneel niveau gegeven.

2.7.3.1 Een goed beleid bestaat uit 3 onderdelen

Volgens Frans & Bruycker (2012) bestaat een goed beleid uit 3 onderdelen: reactiebeleid, preventiebeleid en kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid is het belangrijkste deel van het beleid, omdat dit zal bepalen of de voorwaarden voldaan zijn voor het preventie- en reactiebeleid.



Figuur 2.7: De ontwikkeling van een kwalitatief goed beleid

Noot: Frans, E. & De Bruycker, A. (2012). Raamwerk seksualiteit en beleid kwaliteit, preventie en reactie in jouw organisatie. Sensoa. [Brochure]. Brussels: Vrancken, A. Gevonden op 3 februari 2018 op het internet: www.sensoa.be

Het is belangrijk dat organisaties de focus leggen op een positieve beleving van seksualiteit, en niet enkel de focus leggen op een reactiebeleid, bijvoorbeeld na een incident. Dit schept een kader omtrent educatie, zorg, communicatie en ten slotte accommodatie. Het kwaliteitsbeleid geeft de algemene visie weer van een organisatie betreffende lichamelijke integriteit en seksualiteit. Ook geeft dit weer hoe deze visie geïntegreerd wordt in de werking en de praktijk (Frans & Bruycker, 2012).

Het preventiebeleid bouwt verder op het kwaliteitsbeleid, maar focust zich op de preventie van eventuele risico's.

Ten slotte bepaalt het reactiebeleid hoe er met bepaalde incidenten kan worden omgegaan. De 3 beleidsonderdelen dienen vertaald te worden in een beleidsmatrix in een aantal beleidsdomeinen namelijk zorg, educatie, huisregels, communicatie, accommodatie, screening, personeelsdeskundigheid en ten slotte communicatie (Frans & Bruycker, 2012).

Tabel 2.1: Omzetten beleid in beleidsmatrix

	Kwaliteit	Preventie	Reactie
Zorg	Basiszorg	Preventieve zorg	Zorg na incident
Educatie	Basiseducatie	Preventieve educatie	Educatie na incident
Huisregels	Basis omgangsregels	Regels ter preventie	Regels na incident
Accommodatie	Basis accommodatie	Accommodatie en veiligheid	Accommodatie na incident
Screening	Basiscompetenties	Risicobeperkende competenties	Competenties in opvang van slachtoffers en plegers
Deskundig personeel	Specifieke competenties		
Communicatie	Welke communicatie over kwaliteitsbeleid naar wie en hoe?	Welke communicatie voor preventiebeleid naar wie en hoe?	Welke communicatie over reactiebeleid naar wie en hoe?

Noot: Frans, E. & De Bruycker, A. (2012). Raamwerk seksualiteit en beleid kwaliteit, preventie en reactie in jouw organisatie. Sensoa. [Brochure]. Brussels: Vrancken, A. Gevonden op 3 februari 2018 op het internet: www.sensoa.be

Frans & Bruycker (2012) geven in hun raamwerk ook een duidelijk overzicht van elementen die mogelijk kunnen worden toegepast in een organisatie per beleidsdomein. Het is belangrijk dat iedere organisatie dit toepast op zijn eigen praktijk.

Tabel 2.2: Toepassing beleid in organisatie per beleidsniveau

	Kwaliteitsbeleid	Preventiebeleid	Reactiebeleid
Zorg en educatie	Leefklimaat Seksuele vorming Counseling Basiszorg differentiëren Informatie	Voorlichting Weerbaarheid Bescherming voor risico Coaching na seksueel grensoverschrijdend gedrag	Opvang Protocol Sancties Doorverwijzing
Huisregels en accommodatie	Inrichting en voorzieningen Afspraken en regels Privacy Leefregels Groepssamenstelling	Inrichting en voorzieningen Afspraken en regels Controle en toezicht Meldpunt	Noodteam Protocol Sancties en time- out
Deskundigheid en screening personeel	Screening Competenties Gedragscode Training en ondersteuning Materiaal Teamwerking	Screening en evaluatie Competenties Gedragscode Training Teamwerking	Noodteam Protocol Sancties Doorverwijzing Crisisopvang of therapie
Communicatiebeleid	Visietekst Standpunten Met alle betrokkenen Regelmatig agenderen	Preventiemaatregelen Afspraken en regelement in beleidsplan Toegankelijkheid en beschikbaarheid	Protocol Rapportage Communicatieplan bij incidenten

Noot: Frans, E. & De Bruycker, A. (2012). Raamwerk seksualiteit en beleid kwaliteit, preventie en reactie in jouw organisatie. Sensoa. [Brochure]. Brussels: Vrancken, A. Gevonden op 3 februari 2018 op het internet: www.sensoa.be

2.7.3.2 Betrek alle partijen

Een visie omtrent seksualiteit wordt best in groep uitgewerkt. Het is immers belangrijk dat de visie in grote mate gedeeld en gedragen wordt door alle betrokken partijen. Een beleid aangaande seksualiteit moet niet alle regels en afspraken toelichten. Dit kan wel eventueel toegelicht worden in het algemeen huishoudelijk reglement (Frans & Bruycker, 2012).

Beleidsmaatregelen moeten regelmatig herzien worden met alle betrokken partijen (bewoners, personeel en familieleden). Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen het erg belangrijk vinden om bevraagd te worden bij zowel de ontwikkeling als implementatie van klinische richtlijnen. Ook is aangetoond dat door het actief betrekken van verpleegkundigen tijdens dit proces hun weerstand tegen deze verandering zal afnemen (Quinn & Happell, 2016). Een beleid moet ook de rechten van het personeel erkennen en bevorderen. Het beleid moet immers moreel aanvaardbaar zijn voor hen. Daarnaast dient een goed beleid medewerkers te ondersteunen om binnen hun comfortzones te werken. Zo kan worden vermeden dat ze moreel gekwetst worden (Heath, 2011).

Het vergelijken van de opvattingen van de zorgvragers en het personeel kan nuttige informatie verschaffen voor het ontwikkelen van een kwaliteitsvol beleid omtrent seksualiteit. Door het bereiken van een consensus tussen het personeel en de

zorgvragers heeft het personeel duidelijke normen om op een gepaste en consistente wijze te reageren op de seksuele expressie van de zorgvragers (Villar et al., 2014).

2.7.3.3 Benader seksualiteit als iets positief

Er is reeds besproken dat de seksuele behoeften van zorgvragers even belangrijk zijn als andere basisbehoeften. Verpleegkundigen moeten dus op dezelfde kwaliteitsvolle manier hulp bieden bij persoonlijke/intieme hygiënische zorg rond seksuele activiteit, als bij andere activiteiten van het dagelijks leven (Bauer et al., 2014). Er dient een ondersteunende omgeving gecreëerd worden, waarbij de seksuele expressie van zorgvragers met een positieve attitude benaderd wordt. Hierdoor ontstaat er een veilige omgeving waarin de zorgvragers hun seksualiteit kunnen uiten (Makimoto, Kang, Yamakawa & Konno, 2015).

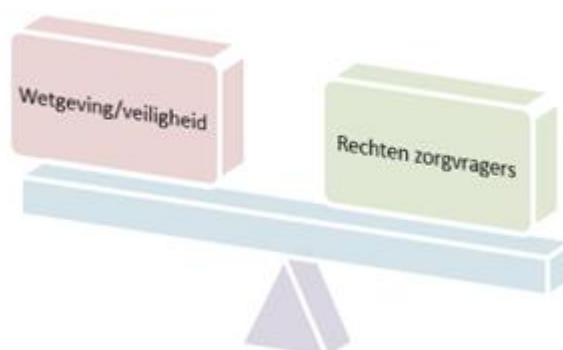
2.7.3.4 Stel een beleid op dat ook effectief toegepast wordt

Het volstaat niet dat zorginstellingen een schriftelijk beleid hebben omtrent seksualiteit. Het beleid dient ook geconcretiseerd worden in de praktijk. Er moeten jaarlijkse trainingen zijn voor het personeel. Bovendien is het belangrijk dat er gedurende heel het jaar casusbesprekingen gebeuren betreffende dit onderwerp (Lichtenberg, 2014). Het is essentieel dat de behoeften van het personeel worden nagegaan, zodat de aanbevelingen resulteren in een beleid dat praktijkgericht is opgesteld en ook effectief bruikbaar is (Syme et al., 2016).

2.7.3.5 Evenwicht zoeken tussen wetgeving en rechten zorgvragers

Alle zorginstellingen zijn genoodzaakt rekening te houden met de wetgeving in hun land. De wet biedt echter geen expliciete richtlijnen om een evenwicht te vinden tussen het beschermen van kwetsbare mensen enerzijds en het bevorderen van de individuele rechten. Zorginstellingen moeten ervoor zorgen dat personeelsleden gepaste begeleiding krijgen wanneer ze niet weten hoe ze moeten omgaan met intieme relaties. Anderzijds is het van cruciaal belang dat kwetsbare ouderen worden beschermd tegen ongewenste of ongepaste intieme contacten (Heath, 2011).

Een beleid dient het recht op privacy, vertrouwelijkheid, toestemming en ondersteuning te erkennen en te bevorderen. Men moet zorgvragers in staat stellen om hun leven te leiden, zoals men dit zelf wenst zolang hun eigen rechten of die van anderen niet geschonden worden. In geval van conflicten, prevaleert de wetgeving altijd boven lokale beleidsverklaringen (Heath, 2011).



Figuur 2.8: Evenwicht tussen wetgeving/veiligheid enerzijds en rechten van de zorgvragers anderzijds

2.7.3.6 Privacy en omgeving

Er dienen maatregelen te worden geïmplementeerd in zorginstellingen die de kansen op privacy, intimiteit en seksualiteit vergroten (Villar et al., 2014). Structurele en architecturale wijzigingen worden indien nodig best overwogen. Vaak leidt immers een gebrek aan privacy tot een afname van de seksualiteit bij geïnstitutionaliseerde ouderen (Mahieu et al., 2011). Het kan helpen om ervoor te zorgen dat de omgeving bijdraagt tot een positieve beleving van intimiteit en seksualiteit van de zorgvragers. Het is noodzakelijk dat seksuele handelingen kunnen worden gesteld, zonder dat dit een negatieve weerslag heeft op het leefklimaat van de zorgvoorziening (Gastmans et al., 2015).

Seksualiteit en seksuele relaties zijn een onderdeel van de totale zorg. Obstakels dienen te worden vermeden of verwijderd. Enkele voorbeelden: gebruik maken van 'niet storen' bordjes aan de deuren of zorgen voor een aparte ruimte met een 2-persoonbed (Heath, 2011). Verder is het raadzaam om steeds de privacy van zorgvragers en bezoekers te respecteren door bijvoorbeeld steeds te kloppen en het antwoord af te wachten vooraleer een kamer binnen te gaan (Gastmans et al., 2015).

2.7.3.7 Seksualiteit en relaties als een integraal onderdeel van het leven in de zorginstelling

Dit kan men doen aan de hand van posters, nieuwsbrieven, folders of educatief materiaal. Beelden kunnen immers krachtige boodschappen over brengen betreffende liefde en intieme relaties (Heath, 2011).

Bentrott & Margrett (2016) adviseren om ouderen hun seksuele behoeften en gevoelens te bevragen bij de toelating tot de zorginstelling. Dit dient op een comfortabele manier te gebeuren (bijvoorbeeld via gestandaardiseerde schriftelijke intake-formulieren). Ook wordt aanbevolen om seksuele relaties tussen zorgvragers te documenteren in zorgplannen. Potentiële nieuwe medewerkers worden best geïnformeerd over de aanwezigheid van seksuele uitingen bij zorgvragers en eventuele conflicten worden best in beeld gebracht. Tenslotte is het noodzakelijk dat het beleid betreffende seksualiteit van een zorginstelling regelmatig wordt opgefrist bij de personeelsleden.

2.7.3.8 Anticiperen op de toekomst

Het is belangrijk dat zorginstellingen anticiperen op de toename van de frequentie van seksuele uitbuiting, seksuele diversiteit, het gebruik van hulpmiddelen en medicijnen om seksueel disfunctioneren te behandelen. Er dient ondersteuning geboden te worden met betrekking tot de preventie van seksueel overdraagbare infecties, aangezien de SOA's naar verwachting zullen toenemen in frequentie bij de toekomstige populatie ouderen (Bentrott & Margrett, 2016).

2.8 Praktijkvoorbeeld kritisch bekeken

In bijlage 1 is een voorbeeld van een schriftelijk uitgewerkt beleid toegevoegd. Er werd schriftelijke toestemming gegeven voor publicatie (VZW 't Volderke, 2017). Dit is een beleid van een zorginstelling voor personen met een handicap. De meeste woonzorgcentra beschikken immers nog niet over een beleid omtrent seksualiteit. Dit terwijl het grootste gedeelte van de zorginstellingen voor personen met een handicap wel een beleid hebben betreffende dit onderwerp. Ten eerste is het belangrijk om aan te halen dat dit een erg vooruitstrevende zorgvoorziening is, omdat er al reeds een beleid omtrent seksualiteit aanwezig is. Dit betekent dat deze zorginstelling belang hecht aan de seksuele gezondheid en het welbevinden van hun bewoners. Daarnaast

controleerde de zorginspectie dit beleid reeds. De zorginspectie gaf deze zorginstelling complimenten met betrekking tot hun uitgewerkte beleid.

Het toegevoegde beleid is opgesteld door een personeelslid (in samenspraak met de directie) dat reeds een navorming rond seksualiteit volgde. Daarnaast werd het beleid opgesteld in overleg met VZW Aditi. VZW Aditi gaf vanuit hun ervaring en kennis concrete tips. Het beleid van deze zorginstelling is dus opgesteld vanuit een brede expertise, wat erg positief is.

Dit beleid is uitgewerkt in nauw overleg met de bewoners. Zo werden bijvoorbeeld wensen en behoeften van bewoners bevestigd. Dit is positief omdat er zo een beleid op maat van de bewoners kon worden opgesteld. Ook het personeel werd betrokken met als doel steun van de basis te hebben en de implementatie te faciliteren.

Uit bevestiging van de personeelsleden blijkt wel dat het personeel onvoldoende geïnformeerd is betreffende de inhoud van het aanwezige schriftelijke beleid. Dit is nog een werkpunt. Het is belangrijk dat het personeel op de hoogte is van de concrete inhoud van het beleid, zodat zij dit kunnen omzetten in de praktijk.

Het beleid betreffende seksualiteit werd uitgeschreven aan de hand van de verklaring van de Verenigde Naties en de basisrechten volgens Ann Craft. Ann Craft is iemand die doorgedreven onderzoek heeft gedaan omtrent seksualiteit bij personen met een mentale beperking. Het is positief dat het beleid werd uitgewerkt op basis van evidence based theorieën die aansluiten bij de doelgroep.

De visie van de zorginstelling wordt goed geschetst, maar er zouden meer concrete tips kunnen gegeven worden aan de personeelsleden die ze kunnen toepassen in de praktijk. Enkel op vlak van communicatie (PLISSIT-model dat verder wordt besproken in hoofdstuk 3) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (zie hoofdstuk 4) worden concrete tools beschreven. Voor het veiligheidsgevoel van het personeel is het immers belangrijk dat personeelsleden richtlijnen hebben die ze kunnen toepassen in concrete situaties, bijvoorbeeld hoe om te gaan met het wassen en uitkleden van een zorgvrager vóór seksueel contact, of het al dan niet aandoen van lingerie. Aan de hand van het huidige schriftelijk beleid is het momenteel niet altijd duidelijk welke handelingen personeelsleden mogen stellen. Hierdoor kan er bij het personeel een gevoel van onzekerheid ontstaan.

Men maakt de hulpverleners attent op het feit dat hun persoonlijke overtuigingen een belangrijke weerslag hebben op hun attitude. Daarnaast wordt benadrukt dat de bewoners steeds centraal moet worden gesteld. Positief is het feit dat het beleid niet enkel de focus legt op een preventie- en reactiebeleid. Er wordt in het beleid duidelijk verwezen naar het algemeen belang van seksualiteit en hoe getracht wordt ondersteuning te bieden in de seksuele behoeften. Er wordt tevens een positieve beschrijving gegeven van het begrip seksualiteit.

Het belang van privacy, wordt niet opgenomen in het beleid. Dit is jammer, omdat gebrek aan privacy vaak één van de belangrijkste barrières is voor de bewoners. Daarnaast zijn er geen ethische overwegingen opgenomen in het beleid.

In het algemeen kan besloten worden dat dit reeds een kwalitatief goed beleid is omtrent seksualiteit. Vermits dit de eerste visietekst is van deze zorginstelling betreffende dit onderwerp, kan gesteld worden dat het een goed basisdocument is dat nog wel verder moet worden geconcretiseerd aan de hand van de aanbevelingen. Daarnaast dient er open gecommuniceerd te worden naar het personeel toe over de inhoud van het beleid.

2.9 Besluit

Verpleegkundigen staan omwille van hun nauwe relatie met zorgvragers in een unieke positie om de seksuele gezondheid te bevorderen en advies te geven. Bovendien hebben verpleegkundigen een belangrijke rol in het ontwikkelen van een beleid aangaande seksualiteit.

Het ontbreken van beleidsrichtlijnen kan aanleiding geven tot onzekere praktijken en inconsistentie. Dit kan grote gevolgen hebben voor de seksuele gezondheid van de zorgvragers enerzijds en het functioneren van zorginstellingen anderzijds.

Uit de literatuur blijkt dat een ondersteunend beleid betreffende seksualiteit er effectief voor kan zorgen dat verpleegkundigen zich comfortabeler gaan voelen om te communiceren over dit onderwerp. Wanneer er een duidelijke beleidsvisie aanwezig is zijn verpleegkundigen vaak minder terughoudend op vlak van de seksuele behoeften van de zorgvragers. Hierdoor worden de seksuele behoeften van de zorgvragers niet onderdrukt of genegeerd, maar ontstaat er een open klimaat waarbij deze behoeften mee worden genomen in de holistische zorg.

Het is belangrijk dat zorginstellingen een kwaliteitsvol beleid ontwikkelen dat op maat is van zowel de zorgverleners als de zorgvragers die verblijven in de zorginstelling. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met de gegeven richtlijnen. Het is niet mogelijk om een beleid te ontwikkelen betreffende seksualiteit dat toegepast kan worden door alle chronische zorginstellingen en op alle bewoners. Elke zorginstelling, alle verpleegteams en alle bewoners zijn uniek. Er dient steeds vanuit die uniciteit gekeken te worden. Enkel zo kan er een kwaliteitsvol seksueel beleid ontstaan dat de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot en tegelijkertijd de onzekerheid voor verpleegkundigen reduceert.

3 BRUIKBARE TOOLS VOOR VERPLEEGKUNDIGEN OM DE OMGANG MET SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT BIJ 65-PLUSSERS DIE VERBLIJVEN IN EEN CHRONISCHE ZORGSETTING TE FACILITEREN - JOLIEN

3.1 Inleiding

Uit literatuuronderzoek (Mahieu & Gastmans, 2015) blijkt dat er relatief weinig werk is gepubliceerd over de bekommernissen van ouderen met betrekking tot seksualiteit op oudere leeftijd in residentiële ouderenzorg. Als we ons ten volle willen wijden aan geïndividualiseerde en persoonsgerichte zorg, is meer aandacht nodig voor het begrijpen van de behoeften, verwachtingen, attitudes, ervaringen en gedragingen van bewoners op leeftijd met betrekking tot seksualiteit. Dit heeft belangrijke implicaties voor zowel de verpleegkundige praktijk als onderzoek. Beiden moeten op hun eigen manier hun aandacht verleggen naar de bewoners zelf en naar hoe zij seksualiteit beleven in residentiële ouderenzorg.

Seksualiteit wil helemaal niet zeggen dat het alleen over seks, de daad, moet gaan. Seksualiteit is immers een ruim begrip. Het gaat ondermeer over samenzijn, vrijen, voortplanting en behoeftes. Zo kan seksualiteit in de brede zin tot uiting komen in het belang dat ouderen hechten aan hun uiterlijk. Een voorbeeld: "Een oudere dame die veel belang hecht aan een goede kapper die wekelijks haar haren verzorgt" of "De vrouw die zich iedere keer niet lekker voelt wanneer ze opmerkt dat die behulpzame verpleegkundige langer op de kamer van de buurvrouw blijft bij het ochtendtoilet". Het gaat hier eigenlijk om een uiting van de nood aan affectie en aandacht. Men wordt gewoon graag gezien. Ook complimentjes kunnen ervoor zorgen dat iemand zich nog aantrekkelijk blijft voelen. Het is niet de bedoeling dat we als verpleegkundigen geforceerd met complimenten gaan strooien. Het is echter wel belangrijk dat we ons als verpleegkundige bewust zijn dat de behoefte bij de oudere om geapprecieerd en graag gezien te worden, een fundamentele behoefte is van de mens (Van Assche, 2015).

In hoofdstuk 1 is reeds aangehaald dat het essentieel is dat verpleegkundigen de seksuele gezondheid van patiënten kunnen identificeren. Seksueel welbevinden vertoont immers een grote correlatie met algemeen welbevinden, kwaliteit van leven en psychische en fysieke gezondheid. Alles begint bij de hulpverlener die beseft dat seksuele noden, verlangens of fantasieën bij ouderen blijven bestaan en daarom dus ook aandacht verdienen. Wanneer hulpverleners dit inzien is dit al een eerste grote stap naar openheid (Van Assche, 2015).

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op attitude, kennis en vaardigheid van verpleegkundigen omtrent seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting. Met name is gezocht naar beschikbare tools om verpleegkundigen te helpen wanneer ze open staan voor, het gesprek willen aangaan met en een helpende hand willen bieden aan bewoners. Op het einde van dit hoofdstuk zijn concrete handvaten opgenomen voor afdelingen die met deze tools concreet aan de slag willen.

3.2 Attitude, kennis en vaardigheid bij verpleegkundigen

Om inzicht te hebben in de kennis van verpleegkundigen en de vaardigheden om tools te implementeren, dienen we eerst verder in te gaan op de attitude van verpleegkundigen ten aanzien van seksualiteit bij ouderen. Daarna wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de kennis van verpleegkundigen over dit thema en de vaardigheden die ze moeten verwerven of hebben om bestaande tools te integreren in de totaalzorg.

3.2.1 Attitude van de verpleegkundigen ten aanzien van de problematiek

Uit onderzoek (Klaeson et al., 2017) blijkt dat verpleegkundigen zich ongemakkelijk voelen om met patiënten over hun seksuele gezondheid te praten en het daarom vermijden. Deze vermijding vormt een barrière tussen de patiënt en de verpleegkundige met als gevolg dat verpleegkundigen geen bevredigende gezondheidszorg aan patiënten kunnen geven.

In hoofdstuk 1 is al aangehaald dat er verschillende oorzaken zijn waarom seksualiteit vaak onbesproken blijft. Zo werden eerder al volgende oorzaken benoemd: verpleegkundigen die ervan uit gaan dat oudere bewoners seksueel niet meer actief zijn, bewoners die ervan uit gaan dat verpleegkundigen zich ongemakkelijk voelen om over het onderwerp te praten en het daardoor niet bespreekbaar maken en verpleegkundigen die het een onderwerp vinden dat niet besproken moet worden. Voorgaande wordt ook bevestigd door Verstraeten (2012) die twee belangrijke oorzaken ziet. Ten eerste, dat verpleegkundigen er vaak vanuit gaan dat de patiënt geen behoefte heeft aan een gesprek over seksualiteit. Ten tweede speelt een gemis aan kennis en vaardigheden bij verpleegkundigen een rol hierin (Verstraeten, 2012).

Verderop in deze bachelorproef zal in hoofdstuk 5 het specifieke taboe aangehaald worden dat er is omtrent holebi's in woonzorgcentra. Daarbij zal blijken dat het taboe vooral toe te schrijven is aan een gemis aan kennis en opleiding bij verpleegkundigen om het onderwerp op een goede manier aan te kaarten. Daarenboven is in hoofdstuk 2 al benoemd dat in woonzorgcentra vaak beleid ontbreekt dat verpleegkundigen ondersteunt wanneer ze het gesprek aangaan.

3.2.2 Kennis van de verpleegkundigen over de problematiek

Er is onderzoek verricht bij 1166 Vlaamse verpleegkundigen en zorgkundigen werkzaam in 43 woonzorgcentra waaruit gebleken is dat hun kennis over seksualiteit op oudere leeftijd beperkt is. Het gaat dan met name over kennis omtrent:

- de mate waarin ouderen nog seksueel actief zijn;
- de mate waarin lichamelijke beperkingen een impact hebben op seksualiteitsbeleving;
- de invloed van cognitieve stoornissen op beleving van seksualiteit;
- de impact van medicatie op seksualiteit;
- de invloed van het wegvallen van een partner.

Ongeveer 50% van de ondervraagden heeft aangegeven dat er nood is aan meer opleiding over seksualiteit bij ouderen (Mahieu, De casterlé, Acke, Vandermarliere, Van Elssen, Fieuws et al., 2016).

Momenteel heerst er een groot tekort aan tools bij verpleegkundigen om met seksualiteit en intimiteit bij de oudere zorgvrager om te gaan. In Groot-Brittannië zijn er reeds richtlijnen opgesteld om zorgverleners te helpen om met seksualiteit en intimiteit van de oudere zorgvrager om te gaan. Deze richtlijnen behandelen volgende onderwerpen:

- verhogen van bewustzijn omtrent issues die seksualiteit, intieme relaties en seksuele activiteit van bewoners van woonzorgcentra;
- wettelijk en professioneel raamwerk voor zorgverleners;
- principes voor "goede praktijken" in zorgomgevingen (micro) en zorgorganisaties (macro);
- identificeren van barrières in het uiten van seksuele aangelegenheden en hoe deze weg te nemen;
- verhogen van vertrouwen en competentie in het omgaan met seksuele issues;
- uitgewerkte casussen om seksuele issues te duiden.

Tot op heden ontbreken in Vlaanderen zulke richtlijnen (Heath, 2011). Nochtans zijn de hierboven vernoemde richtlijnen een goed vertrekpunt voor de ontwikkeling van Vlaamse varianten. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op de rol die beleid op niveau van woonzorgcentra kan spelen in de ondersteuning van verpleegkundigen. De tools die verderop in dit hoofdstuk aan bod komen kunnen een bijdrage leveren om barrières in het uiten van seksuele issues te identificeren en weg te nemen. Ze kunnen eveneens nuttig zijn om het vertrouwen en de competentie van verpleegkundigen te verhogen in de omgang met seksualiteit.

Handvaten die vandaag wel al in Vlaanderen beschikbaar zijn voor verpleegkundigen zijn voornamelijk terug te vinden in het zakboek verpleegkundige diagnoses. Hierin staan verpleegkundige diagnoses vermeld die zijn ingedeeld volgens de functionele gezondheidspatronen van Marjory Gordon. Bij gezondheidspatroon 9 (seksualiteits- en voortplantingspatroon) staan volgende verpleegkundige diagnoses opgesomd:

- een veranderd seksueel functioneren;
- seksuele disfunctie.

Om te kunnen spreken van een veranderd seksueel functioneren dient een feitelijke of verwachte negatieve verandering in het seksueel functioneren of de seksuele identiteit aanwezig zijn. Mogelijks zijn er uitingen van bezorgdheid over het seksueel functioneren of de seksuele identiteit, is er ongepast verbaal of non-verbaal seksueel gedrag en/of zijn er veranderingen merkbaar in primaire en/of secundaire geslachtskenmerken. Concreet kan het bijvoorbeeld gaan om een uiting van bezorgdheid door een bewoner met een voorgeschiedenis van myocardinfarct. Zijn bezorgdheid kan bijvoorbeeld zijn dit opnieuw mee te maken tijdens het vrijen. Evengoed kan het gaan om een situatie zoals eerder beschreven waarbij een bewoonster aangeeft hoe belangrijk ze haar wekelijkse beurt bij de kapster vindt (Brinksma, Van Der Cingel, Hellema, Jansen & Kleve, 2002).

In onderstaande tabel zijn een aantal voorbeelden opgenomen, opgedeeld naar de aard van de oorzaak, de oorzaak zelf en mogelijke gevolgen.

Tabel 3.1: Mogelijke oorzaken en gevolgen van een veranderd seksueel functioneren

AARD	OORZAAK	MOGELIJK GEVOLG
PSYCHISCH	Verlies partner	Gemis aan intimiteit
	Gewijzigd zelfbeeld	Angst om afgewezen te worden
	Depressiviteit	Verlies van lustgevoelens
OMGEVING	Gebrek aan privacy	Angst om intiem te zijn met mogelijks frustratie tot gevolg
	Geen open klimaat betreffende seksualiteit	Angst om seksualiteit te uiten
MEDISCH	Radiotherapie als behandeling van prostaatkanker	Andere beleving orgasme
	Chronische ziekten (astma, hart- en vaatziekten, reumatoïde artritis)	Negatief effect op seksueel functioneren en welzijn
	Medicatie (antidepressiva, hormonen, antihypertensiva)	Negatief effect op seksueel functioneren
FYSISCH	Verminderde beweeglijkheid	Andere beleving seksualiteit
	Erectiestoornissen	Angst om intiem te zijn

Het is belangrijk dat verpleegkundigen tijdens de anamnese van patiënten voldoende aandacht besteden aan het negende patroon van Gordon. Problemen op seksueel gebied raken immers ook andere gezondheidspatronen. Ze kunnen ook een invloed hebben op relaties en op lange termijn kunnen ze lijden tot therapieontrouw en een verminderde kwaliteit van leven.

Eerder is benoemd dat verpleegkundigen vaak moeite hebben om het onderwerp seksualiteit te bespreken met de bewoner. Voor de bewoner geldt dit evenzeer. Ze vinden het moeilijk om te vertellen waar ze mee zitten of wat ze graag zouden te weten willen komen. Als verpleegkundigen tijdens de anamnese vragen naar hun seksueel functioneren en hun goede voorlichting geven en preventief suggesties aanreiken dan onderkennen ze daarmee alvast de seksuele problematiek. Op die manier verlaagt ook de drempel voor de patiënt en zal hij zelf ook vlugger met vragen komen. Het onderwerp wordt zo genormaliseerd (Verstraeten, 2012).

Enkele voorbeelden van open vragen die tijdens de anamnese gesteld kunnen worden:

- We weten dat de medicatie die je inneemt kan leiden tot seksuele problemen of seksuele disfuncties. Om eventuele problemen voor te blijven, wil ik u vragen of u momenteel veranderingen hebt opgemerkt met betrekking tot uw seksualiteit?
- Wordt uw relatie beïnvloed door de gevolgen van de medicatie?
- Wilt u graag hulp voor deze gevolgen? (Eeltink, 2014)

In het zakboek staan ook interventies opgesomd die de verpleegkundige kan toepassen om een veranderd seksueel functioneren aan te pakken. Enkele praktische voorbeelden:

- Neem een seksuele anamnese af:
 - gebruikelijk patroon van seksueel functioneren;
 - tevredenheid van patiënt, partner;
 - seksuele kennis;
 - problemen (seksueel, gezondheid);
 - verwachtingen;
 - stemming, beschikbare energie.
- Moedig de patiënt aan de vragen te stellen die hij/zij over seksualiteit of seksueel functioneren heeft.
- Stel vast welke belemmeringen bevredigend seksueel functioneren in de weg staan (hypoxie, pijn, verminderde mobiliteit, bijwerkingen van medicatie).
- Bespreek de invloed van het hebben van een chronische ziekte, indien van toepassing, op het seksueel functioneren.
- Leg het effect uit van sommige geneesmiddelen op het seksueel functioneren (bijvoorbeeld antidepressiva, sedativa, antihistaminica).
- Overleg met de arts of er alternatieven zijn, indien het seksueel disfunctioneren toe te schrijven is aan het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (vermindering van dosering, veranderen van medicatie).
- Geef voorlichting of verwijst naar zelfhulpgroepen.
- Leg uit aan de oudere dat het ouder worden een ongunstige invloed heeft op het kunnen krijgen van kinderen maar dat het seksueel functioneren nauwelijks belemmert.
- Sta stil bij de belangstelling voor, de activiteiten, de houding ten opzichte van en de kennis die de patiënt heeft over het seksueel functioneren.

(Brinksma et al., 2002).

3.2.3 Vaardigheden van de verpleegkundigen

In hoofdstuk 2 is eerder verwezen naar onderzoek van Van Houdenhove et al. (2016a) waarin een bevraging omtrent seksualiteit en intimiteit in 5 Vlaamse woonzorgcentra is beschreven. Uit dit onderzoek blijkt dat medewerkers van woonzorgcentra het moeilijk hebben om te praten over seksualiteit. Ongeveer 1 op 3 medewerkers voelt zich onwennig om te praten over seksualiteit. Daartegenover staat dat ongeveer 5 op 10 medewerkers het als een deel van hun werk ziet om ouderen die daartoe behoefte hebben op weg te helpen bij vragen/noden omtrent seksualiteit. Ze vinden het belangrijk om vragen in verband met seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken. Hoewel dus meer dan de helft van de medewerkers in woonzorgcentra het belang inzien van het bespreekbaar maken van issues in verband met seksualiteit geeft minder dan 4 op 10 aan daar ook voldoende tijd en ruimte voor te hebben binnen hun woonzorgcentrum. Kanttekening daarbij is dat medewerkers ouder dan 30 vaker aangeven daar tijd voor te hebben dan jongere medewerkers (Van Houdenhove et al., 2016a).

Uit datzelfde onderzoek blijkt dat ruim 60% zich voldoende vaardig/competent voelt om met seksuele issues van bewoners om te gaan. Het voorgaande neemt niet weg dat er nood is aan vorming. Voor minder dan 1 op 3 blijkt in het opleidingscurriculum seksualiteit en intimiteit bij ouderen aan bod te zijn gekomen. Wel blijkt dat jongere medewerkers (jonger dan 30) vaker aangeven dat deze onderwerpen aan bod kwamen tijdens hun opleiding wat een indicatie is dat scholen bewuster beginnen omgaan met dit onderwerp in het lessenaanbod (Van Houdenhove et al., 2016a).

Het kennisinstituut in Nederland voor seksualiteit, genaamd Rutgers, heeft in kaart gebracht over welke vaardigheden verpleegkundigen dan precies moeten beschikken. Concreet gaat het om volgende vaardigheden:

- **Op de hoogte zijn van de visie** van de zorginstelling waar je voor werkt.
- **Kennis hebben over seksuele ontwikkeling en seksualiteit**, om algemene vragen over seksualiteit te kunnen beantwoorden en indien nodig voorlichting te geven. Weten hoe de gemiddelde seksuele ontwikkeling eruit ziet en op welke punten deze anders is voor de doelgroep waar zij mee werken, en wanneer seksueel gedrag afwijkend of gevaarlijk is.
- **Seksualiteit bespreekbaar kunnen maken**. Weten hoe je een gesprek over seksualiteit kan beginnen en waar op te letten. Adequaat op vragen van bewoners kunnen reageren als die seksualiteit ter sprake brengen.
- Een **veilige sfeer kunnen creëren**, alert zijn voor onveilige situaties en betrokkenheid kunnen tonen.
- **Rekening weten te houden met diversiteit in seksuele voorkeur**, genderidentiteit, culturele achtergrond en andere factoren die van invloed kunnen zijn op seksualiteitsbeleving. Zich bewust zijn van eigen waarden en normen en weten dat deze kunnen verschillen van die van anderen.
- **Seksueel gedrag kunnen herkennen**. Weten welk gedrag normaal of gezond is, en weten wanneer er sprake is van grensoverschrijdend gedrag of niet gezond seksueel gedrag.
- **Adequaat kunnen handelen bij grensoverschrijdend gedrag**.

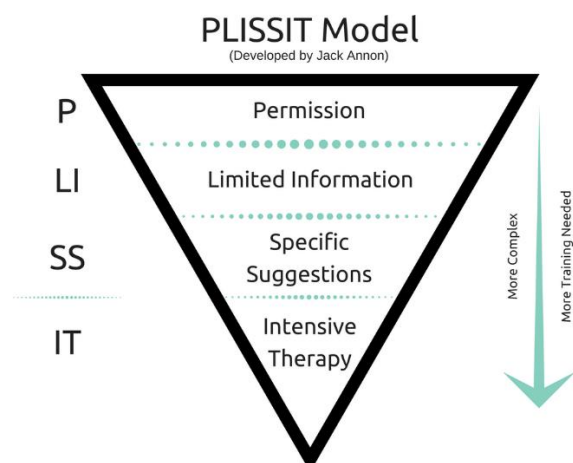
(Seks in de praktijk, s.a.)

3.3 Tools

In dit onderdeel worden achtereenvolgens 2 tools, (EX)PLISSIT en BLISS, besproken die verpleegkundigen kunnen ondersteunen in het omgaan met seksuele issues die leven bij bewoners. Het zal blijken dat in het (EX)PLISSIT- en het BLISS-model grosso modo dezelfde stappen aan bod komen. De accenten liggen net iets anders. Het (EX)PLISSIT-model is meer aangewezen bij één-op-één communicatie. De nadruk ligt op het samen zoeken naar oplossingen. Het BLISS-model is dan weer beter geschikt wanneer de communicatie niet één-op-één is maar wanneer bijvoorbeeld ook de partner of andere naasten betrokken zijn. Verder is het BLISS-model het meest aangewezen om in groep mee aan de slag te gaan. De getrapte competenties in dit model maken het gebruik ervan toegankelijker.

3.3.1 PLISSIT-model en EX PLISSIT-model

In 1974 is door Annon, een psychoseksuele therapeut, voor het eerst het PLISSIT-model beschreven. Het is ontwikkeld om zorgprofessionals te ondersteunen in hun werk met cliënten wanneer het gaat over seksuele aangelegenheden. Het is een eenvoudig interventiemodel dat bestaat uit vier niveaus. De afkortingen staan voor: Permission (P), Limited information (LI), Specific Suggestions (SS) en Intensive Therapy (IT). Des te hoger het niveau van interventie, des te hoger de vereiste kennis, competenties en vaardigheden. Het PLISSIT model wordt door veel auteurs verdedigd en voorgesteld als een goed raamwerk waar zorgprofessionals zich op kunnen baseren voor hun interventies (Davis, 2006). Empirisch onderzoek naar het effect van het PLISSIT-model is er momenteel nog niet. Toch wordt deze referentie uit 1974 nog geregeld geciteerd in klinische artikelen over manieren waarop hulpverleners met seksuele vragen en problemen kunnen omgaan (Eeltink, 2014).



Figuur 3.1: PLISSIT-model

Noot: Westland Academy's Approach. (s.a.). Gevonden op 26 februari 2018 op het internet:
<http://westland.academy/westland-approach/>

Het **eerste interventieniveau "permission"** staat voor "toestemming", waarbij de verpleegkundige de patiënt ruimte geeft om te praten over wat hem op seksueel gebied bekommert (de verpleegkundige kan hiertoe een open vraag stellen zoals: "Is er iets in verband met uw seksuele gezondheid wat u wilt bespreken?"). Het is van belang om het onderwerp expliciet te benoemen en niet onder een andere noemer zoals "Heb je nog vragen?". Door als verpleegkundige deze vragen te stellen geef je eigenlijk ook toestemming om er niet beschaamd over te hoeven zijn. Om aan te geven dat het onderwerp bespreekbaar is in bijvoorbeeld het woonzorgcentrum kunnen er ook posters opgehangen worden om aan te geven dat verpleegkundigen open staan om hierover een gesprek aan te gaan (Taylor & David, 2006).

Het **tweede interventieniveau is "limited information"**. Eens de patiënt zijn bekommernis heeft geuit is het de taak van de verpleegkundige op dit tweede niveau om gerichte informatie over de patiënt zijn bekommernis te geven, onder meer over mogelijke oorzaken van de patiënt zijn symptomen. In dit niveau hebben verpleegkundigen ook de belangrijke taak om misverstanden op te helderen, mythes te doorbreken en heel feitelijke informatie te geven op een gerichte manier. Dit kan betekenen dat je foldertjes geeft, de patiënt verwijst naar een bepaalde website,... (Taylor & David, 2006).

Bij het **derde interventieniveau "specific suggestions"** gaat de verpleegkundige een specifieke suggestie doen in een poging om het probleem dat door de patiënt en/of zijn partner is gesteld op te lossen. Daarbij geeft de verpleegkundige best aan dat indien deze oplossing niet helpt er andere oplossingen gezocht moeten worden en dit mogelijks via specifieke doorverwijzing. De meerderheid van de patiënten met seksuele problemen kunnen zich volgens Annon met deze drie niveaus behelpen (Taylor & David, 2006).

Voorbeeld: Een hartpatiënt die bang is een hartstilstand te krijgen tijdens het beleven van seksualiteit bij zijn/haar partner.

Suggestie: Het is te vermijden om een grote maaltijd te nuttigen vóór het hebben van seksuele betrekkingen en de medicatie (bijvoorbeeld B-blokker) te nemen voor het hebben van seksuele betrekkingen.

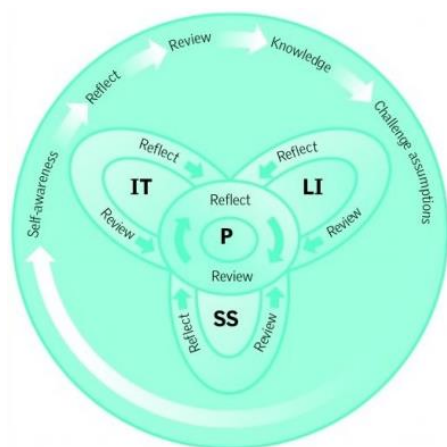
Het **vierde interventieniveau "intensive therapy"** is het meest intensieve niveau. Bij dit interventieniveau is de patiënt niet meer capabel om zijn probleem zelf op te lossen. Dit niveau overstijgt het vakgebied van de verpleegkundigen. Het is wel de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen om de patiënt en diens partner door te verwijzen naar bijvoorbeeld een seksuoloog, relatietherapeut,... . Het is belangrijk om als verpleegkundige te weten op welke specialisten ze beroep kunnen doen en hoe patiënten daarmee in contact te brengen.

Het PLISSIT-model is vooral bestemd voor verpleegkundigen en ergotherapeuten. Dit neemt uiteraard niet weg dat andere gezondheidsmedewerkers hiermee mogen of kunnen werken. Wanneer een verpleegkundige zich op een gegeven moment niet in staat acht om de patiënt in alle niveaus bij te staan is het aan te raden dat hij de patiënt doorverwijst naar bijvoorbeeld een collega of seksuoloog.

Beperkingen van het PLISSIT-model

- Het is een lineair model waarbij professionals uit het oog kunnen verliezen dat ze soms een stap terug moeten.
- Belangrijk is ook dat de "permissie" ondubbelzinnig en expliciet moet gegeven worden door de professional.
- Het is niet voldoende om éénmalig permissie te geven. Het risico is dat zorgprofessionals er dan vanuit gaan dat de cliënt zijn bekommernissen zal bespreken als hij daartoe behoefte voelt, maar dat is niet altijd zo.
- Het PLISSIT model impliceert éénrichtingscommunicatie. De cliënt is daarbij een passieve ontvanger van interventies van de zorgprofessional.

Het **Ex-PLISSIT-model** is een uitbreiding van het PLISSIT-model. Deze uitbreiding kwam tot stand in 2006 door David S. en Tyler B. Ook hier wordt er net zoals in het PLISSIT-model gebruik gemaakt van vier niveaus. Anders dan bij het PLISSIT-model start elk niveau met het geven van toestemming. Een ander aspect van het Ex-PLISSIT model is dat je telkens bij iedere interactie met de patiënt een reflectiemoment hebt. Je gebruikt deze reflectie als een middel om je zelfbewustzijn rondom seksualiteit bij de patiënt te verhogen. De reflectie kan voor een stuk op jezelf zijn maar bijvoorbeeld ook met collega's. Om tot een effectieve bijsturing te komen is het belangrijk dat de verpleegkundige zich in de plaats van de patiënt kan stellen. Dit betekent dat je ook telkens toestemming gaat vragen want je wil het onderwerp verder uitdiepen. Voorbeeld: "Tijdens ons vorige gesprek hebben we het gehad over Hoe is het sedertdien gegaan?" (Taylor & David, 2006).

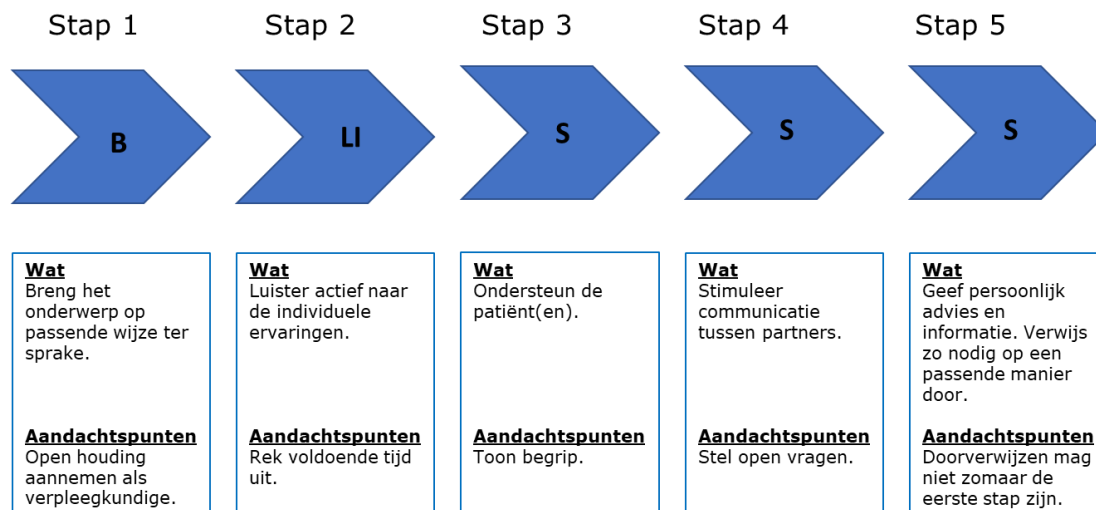


Figuur 3.2: Ex-plissit model

Noot: Taylor, B., & David, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21 (11), 35-40. doi: 10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382

3.3.2 BLISSS-communicatiemodel

Het BLISSS-communicatiemodel is ontwikkeld door Hilde De Vocht (lector ouderenzorg en palliatieve zorg verbonden aan de Hogeschool Saxion in Deventer/Enschede). Ze heeft dit model ontwikkeld voor het bespreekbaar maken van seksualiteit binnen de oncologische en palliatieve zorg. Dit model kan eveneens doorgetrokken worden naar de geriatrische zorg. Het communicatiemodel bevat vijf stappen:



Figuur 3.3: BLISSS-model

De eerste stap "**B**ring up the topic in an appropriate way": Brenge het onderwerp op passende wijze ter sprake. Het is van belang om als verpleegkundige een open houding aan te nemen.

Voorbeeld: "Bij deze medicatie krijgen veel mensen last van vaginale droogheid. Heeft u nu behoefte om hierover te praten of liever een andere keer? Het onderwerp is voor ons zeker bespreekbaar en uit ervaring weten we dat het iets belangrijks is."

De tweede stap "**L**isten (actively to the individual)": Luister actief naar de individuele ervaringen. Als verpleegkundigen zijn we steeds geneigd om oplossingen aan de bieden. Het is veel belangrijker om eerst "echt" te "luisteren" naar je patiënt. Je dient hier voldoende tijd voor uit te rekken.

De derde stap "**S**upport the individual": Ondersteun de patiënt(en). Je kan dit doen door tijdens de tweede stap begrip te tonen.

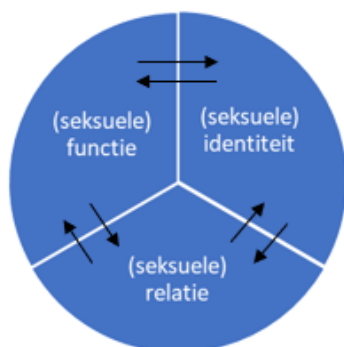
De vierde stap "**S**timulate the communication between partners": Stimuleer communicatie tussen partners.

Voorbeeld: "Heeft u hierover al eens gepraat met uw partner?" of "Heeft u al eens aan uw partner gevraagd hoe hij hierover denkt?" Wanneer ook de partner aanwezig is tijdens het gesprek kan je ze beiden vragen naar hoe zij de situatie ervaren.

De vijfde stap "**S**upply personalized advice and information; where necessary, refer to a specialized professional": Geef persoonlijk advies en informatie; verwijs zo nodig op een passende manier door. Als verpleegkundige is het natuurlijk makkelijk om te zeggen: "Ik zal je doorverwijzen naar een therapeut". Dit mag echter niet zomaar de eerste stap zijn. Seksualiteit behoort namelijk tot de gezondheidspatronen van Gordon en is dus een item voor de verpleegkundige.

(Jonkers, 2013)

Verpleegkundigen kunnen het BLISSS-model aangrijpen om patiënten te ondersteunen in volgende drie domeinen om hun (seksuele) kwaliteit van leven te verbeteren:



Figuur 3.4: Aangrijpingspunten BLISSS-model

Een concreet voorbeeld kan voorgaande illustreren: Wanneer een vrouw in haar menopauze te maken krijgt met vaginale droogheid heeft dit effect op de seksuele functie maar niet alleen daarop. Het kan evenzeer haar seksuele identiteit aantasten (verlaagd zelfbeeld) en zo op zijn beurt weer een effect hebben op de (seksuele) relatie die mevrouw heeft.

Om tot een effectieve toepassing van het BLISSS-model te komen in een één-op-één relatie (zorgverlener-bewoner) zijn volgende randvoorwaarden essentieel:

- het creëren van een veilig klimaat, een vertrouwensband;
- een goede opbouw, timing en dosering;
- het vrijuit kunnen bespreken van gevoelige onderwerpen;
- een patiëntgerichte houding die zich ook richt op het bieden van ondersteuning.

(Jonkers, 2013)

Niet alle zorgverleners zijn even vaardig om het BLISSS-model in zijn geheel toe te passen. Evenmin zullen niet alle zorgverleners zich hierbij op hun gemak voelen en bovendien is er niet altijd tijd voor een diepgaand gesprek. Hilde de Vocht pleit daarom voor een integrale teambenadering. Concreet betekent dit dat het team wordt opgedeeld in "spotters" en "skilled companions". Spotters zijn teamleden die vragen en problemen signaleren. Skilled companions zijn teamleden die bekwaam zijn in het bespreken van vragen en het begeleiden bij problemen op het gebied van intimiteit en seksualiteit. Spotters kunnen doorverwijzen naar een skilled companion.

Indien een team het voorgaande wenst toe te passen dan moet het team eerst vaststellen welke aanpak het kiest om aangelegenheden met betrekking tot seksualiteit te signaleren en te begeleiden. De spotter moet zorgen voor een context die uitnodigt tot communicatie, ondermeer door een persoonsgerichte benadering. Randvoorwaarden hierbij zijn:

- De hand schudden en oogcontact maken wanneer een bewoner met zijn naam wordt aangesproken.
- Vragen hoe het met de bewoner gaat.
- Luisteren naar het gegeven antwoord.
- Reageren met een oprecht antwoord.

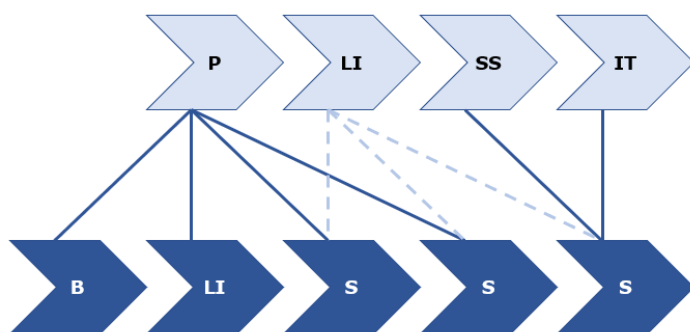
Randvoorwaarden bij het signaleren van vragen in verband met intimiteit en seksualiteit zijn:

- Open staan voor vragen over privé aangelegenheden en het belang onderkennen van intimiteit en seksualiteit voor bewoners.
- Verwijzen naar een skilled companion indien nodig.

(Notter & De Vocht, 2012)

3.3.3 Vergelijking tussen PLISSIT en BLISS

Zowel het PLISSIT- als het BLISS-model zijn tools die zorgverleners kunnen ondersteunen in hun werk wanneer het gaat om het omgaan met seksuele aangelegenheden bij bewoners. Hierna volgt een vergelijking tussen de 2 modellen.



Figuur 3.5: Vergelijking tussen PLISSIT en BLISS

In het PLISSIT-model begint alles met toestemming van de patiënt, de P. In het BLISS-model is het startpunt niet anders, de B, bespreekbaar maken van het onderwerp. Daar waar in het PLISSIT-model vrij snel wordt overgestapt op het geven van informatie, de LI en de SS, wordt er in het BLISS-model uitgebreider aandacht besteed aan het creëren van een goed en gunstig klimaat om over seksualiteit te praten, met name "actief luisteren" (LI), "ondersteunen" (S) en "communicatie stimuleren" (S). In die zin gesteld wordt de toestemming, de P, uit het PLISSIT-model verder uitgediept in het BLISS-model.

In het PLISSIT-model volgt na de toestemming, het geven van informatie en advies op een getrapte wijze, "beperkte informatie" (LI), "specifieke suggesties" (SS) en "intensieve therapie" (IT). In het BLISS-model zijn de laatste 2 stappen uit het PLISSIT-model vervat in de laatste stap "gepersonaliseerd advies en doorverwijzing" (S). Zo gesteld is de laatste stap van het BLISS-model verder uitgediept in het PLISSIT-model. De stap "beperkte informatie" (LI) uit het PLISSIT-model komt niet expliciet aan bod in het BLISS-model. Anderzijds kan het geven van beperkte informatie wel helpen in het proces van actief luisteren, ondersteunen en stimuleren van communicatie. Het kan al een eerste stap zijn richting gepersonaliseerd advies en oplossing voor de bewoner.

In het PLISSIT- en het BLISS-model komen dus grosso modo dezelfde stappen aan bod, alleen liggen de accenten anders. Het PLISSIT-model is meer aangewezen bij één-op-één communicatie. De nadruk ligt op het samen zoeken naar oplossingen. Het BLISS-model is dan weer beter geschikt wanneer de communicatie niet één-op-één is maar wanneer bijvoorbeeld ook de partner of andere naasten betrokken zijn. Beide modellen zijn zinvol en afhankelijk van de context is het ene model meer aangewezen, dan wel het andere.

3.4 Concrete aanpak: veranderen attitude, verhogen kennis en vaardigheid

3.4.1 Veranderen attitude

Hierna worden een aantal tools toegelicht die kunnen bijdragen om de attitude van zorgverleners ten opzichte van intimiteit en seksualiteit bij bewoners in de positieve zin te veranderen.

3.4.1.1 Algemene info en discussie met het team

Teneinde de attitude van zorgverleners te veranderen is het eerst en vooral van belang dat de instelling zelf een duidelijk beleid heeft aangaande intimiteit en seksualiteit bij bewoners. Eerder, in hoofdstuk 2, is uitvoerig ingegaan op wat belangrijke ingrediënten zijn van een dergelijk beleid. Vanuit het instellingsbeleid en de visie op dit onderwerp kan een cultuurverandering groeien. Een eerste stap hierbij kan erin bestaan om per team dit onderwerp op momenten van teamoverleg te introduceren. In een eerste fase is het waarschijnlijk nuttig om te inventariseren hoe de verschillende teamleden over dit onderwerp denken en of ze bijvoorbeeld al geconfronteerd werden met vragen van bewoners. Vanuit deze basis kunnen de tools die hierna volgen verder zorgen voor verdieping.

3.4.1.2 Postercampagne

Eens de instelling een duidelijk beleid heeft geformuleerd kunnen er posters worden ingezet om het beleid kenbaar te maken binnen de instelling. Deze posters kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om de hoofdlijnen van het beleid te expliciteren. Als het creëren van een veilig klimaat in het beleid benoemd is kan hieromtrent een poster ontworpen worden met een slogan als: "Zit je met vragen over seksualiteit: met ons kan je er veilig over praten".

3.4.1.3 Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out"

In hoofdstuk 6, verderop, wordt een spel "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out" toegelicht dat in het kader van deze bachelorproef werd ontworpen. Dit spel kan bijdragen aan zowel het veranderen van de attitude van zorgverleners, het verhogen van hun kennis als het bijbrengen van vaardigheden om het gesprek aan te gaan. In het kader van attitudeverandering is het spelen van het spel, met bijvoorbeeld de teamleden van een afdeling, op zich al een belangrijke eerste stap richting attitudeverandering.

3.4.2 Verhogen kennis

Eens de openheid gecreëerd is binnen een instelling om over intimiteit en seksualiteit bij bewoners bespreekbaar te maken is de voedingsbodem gecreëerd om de kennis bij zorgverleners te verhogen. Hierna volgen enkele tools om dit te realiseren.

3.4.2.1 Expert uitnodigen

Om zorgverleners op de hoogte te brengen van specifieke seksuele problemen bij het ouder worden is het zinvol om bijvoorbeeld een expert ter zake uit te nodigen op het teamoverleg. Te denken valt aan bijvoorbeeld een endocrinoloog of geriater. Maar evengoed kan dit een psycholoog of seksuoloog zijn.

3.4.2.2 Bespreking met bewoners in groep

Eens bewoners het gevoel hebben dat ze op een veilige manier kunnen praten over intimiteit en seksualiteit kan het nuttig zijn om samen met hen in gesprek te gaan over het onderwerp. Zo kunnen bijvoorbeeld enkele bewoners uitgenodigd worden op een teamoverleg om te praten over wat bij hen speelt omtrent intimiteit en seksualiteit.

3.4.2.3 Scholingsmap "Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg"

In 2013 ontwikkelde Rutgers WPF, kenniscentrum seksualiteit, in samenwerking met het Nationaal Zorg College (NZCO), een scholingsmap. Met deze scholingsmap kunnen zorgorganisaties zelfstandig hun zorgverleners scholen op het thema intimiteit en seksualiteit. Deze scholingsmap kan zowel kennis als vaardigheid van zorgverleners verhogen. De scholingsmap bevat vier lessen:

- omgaan met seksualiteit;
- gesprekvoering;
- omgaan met grenzen;
- ziektebeelden en seksualiteit.

(Muller-Schoof & Mouthaan, 2013)

3.4.2.4 Brochures

De stichting Rutgers heeft verschillende voorlichtingsbrochures voor patiënten ontwikkeld. Deze brochures zijn ook bruikbaar om de kennis bij zorgverleners te verhogen. Hierna enkele voorbeelden:

Voorbeeld 1: "Seks als je ouder wordt"

Deze brochure geeft inzicht in de veranderingen in het seksuele leven als je ouder wordt. Er wordt ingegaan op welke problemen er op seksueel gebied zoal kunnen ontstaan. Eveneens staat er informatie in over de invloed van bijvoorbeeld ziekte van één van de partners op de relatie en over het hebben en krijgen van een nieuwe relatie (Rutgers WPF, 2012a).

Voorbeeld 2: "Seksualiteit en een chronische ziekte"

Deze brochure geeft informatie over de invloed van een chronische ziekte op het seksuele leven. Er staan veel tips in om (weer) te kunnen genieten van seks (Rutgers WPF, 2012b).

Voorbeeld 3: "Verschil in verlangen"

Deze brochure gaat in op mogelijke oorzaken van verschil in verlangen bij partners. Als de één minder vaak zin heeft om te vrijen dan de ander, kan dat een probleem zijn in een relatie (Rutgers WPF, 2011).

3.4.2.5 Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out"

In hoofdstuk 6, verderop, wordt een spel "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out" toegelicht dat in het kader van deze bachelorproef werd ontworpen. Dit spel kan bijdragen aan zowel het veranderen van de attitude van zorgverleners, het verhogen van hun kennis als het bijbrengen van vaardigheden om het gesprek aan te gaan.

3.4.2.6 Toelichting gekozen model

Als een instelling ervoor kiest om aan de slag te gaan met een model als (Ex-)PLISSIT of BLISS dan is toelichting en opleiding over het gekozen model nodig om de zorgverleners er vertrouwd mee te maken. Als er gekozen wordt voor het BLISS model is opdeling van het team in spotters en skilled companions nuttig, zoals hierboven aangehaald.

3.4.3 Verhogen vaardigheid

Hierna volgen een aantal tools die kunnen bijdragen om de vaardigheid van zorgverleners te verhogen om op een goede manier te kunnen omgaan met aangelegenheden inzake intimiteit en seksualiteit bij bewoners.

3.4.3.1 Gebruik maken van een communicatiemodel

Het (ex)PLISSIT en BLISS-model, zoals hiervoor al beschreven, kunnen verpleegkundigen helpen wanneer ze het gesprek aangaan over het thema. Beide modellen volgen grotendeels dezelfde stappen, met net iets andere accenten. Afhankelijk van de context is het ene, dan wel het andere model meer aangewezen.

3.4.3.2 Gesprekken en bijeenkomsten

Door van seksualiteit een normaal thema te maken en door erover in gesprek te gaan met elkaar en met bewoners vergroot niet alleen de kennis over het onderwerp maar ook de vaardigheid om het bespreekbaar te maken. Themabijeenkomsten kunnen een goede manier zijn om het gesprek aan te gaan (Seks in de praktijk, s.a.).

3.4.3.3 Scholing

De meeste opleidingen tot zorgverlener besteden weinig aandacht aan seksualiteit. Aanvullende cursussen voor medewerkers kunnen dit hiaat opvullen. Denk daarbij niet alleen aan zuivere kennisopleidingen, maar bijvoorbeeld ook aan opleidingen in gespreksvoering (Seks in de praktijk, s.a.).

3.4.3.4 Screening

Door bij het aanwerven van medewerkers rekening te houden met iemands kennis over intimiteit en seksualiteit bij ouderen en iemands vaardigheid om hiermee om te gaan kan een gericht aanwervingsbeleid de vaardigheid van een groep verhogen (Seks in de praktijk, s.a.).

3.4.3.5 Gedragscode

Een gedragscode op instellingsniveau kan medewerkers helpen zodat zij weten welk gedrag in bepaalde omstandigheden verwacht wordt, hoe te handelen en welk gedrag niet wenselijk is (*Seks in de praktijk, s.a.*).

3.4.3.6 Scholingsmap "Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg"

In 2013 ontwikkelde Rutgers WPF, kenniscentrum seksualiteit, in samenwerking met het Nationaal Zorg College (NZCO), een scholingsmap. Met deze scholingsmap kunnen zorgorganisaties zelfstandig hun zorgverleners scholen op het thema intimiteit en seksualiteit. Deze scholingsmap kan zowel kennis als vaardigheid van zorgverleners verhogen (Muller-Schoof & Mouthaan, 2013).

3.4.3.7 Spel: "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out"

In hoofdstuk 6, verderop, wordt een spel "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out" toegelicht dat in het kader van deze bachelorproef werd ontworpen. Het spelen van dit spel kan zorgverleners helpen om hun vaardigheden om het gesprek met bewoners aan te gaan te ontwikkelen.

3.5 Kritische blik + aanbevelingen

In dit hoofdstuk is onderzocht welke tools ingezet kunnen worden om de attitude omtrent seksualiteit en intimiteit bij te stellen, de kennis over het onderwerp bij verpleegkundigen te verhogen en de vaardigheid om het gesprek aan te gaan verder te ontwikkelen.

In hoofdstuk 2 is aangehaald dat beleid omtrent het onderwerp in zorginstellingen doorgaans ontbreekt. Nochtans is de aanwezigheid van een instellingsbeleid een belangrijk fundament van waaruit gebouwd kan worden en van waaruit verschillende tools gericht ingezet kunnen worden.

Ook op een hoger niveau, denk aan overheden en koepelorganisaties, is meer richting en beleid nodig en wenselijk. Initiatieven zoals Rutgers in Nederland kunnen daarbij inspirerend zijn.

Daarnaast verdient het onderwerp meer aandacht tijdens de reguliere opleiding van verpleegkundigen, maar ook een uitgebreider aanbod buiten curriculum kan helpen om kennis en vaardigheid te verhogen.

Wat de tools zelf betreft zijn er mogelijkheden te over om de kennis die vandaag al her en der aanwezig is veel meer te benutten dan nu het geval is. Denk daarbij aan kennis van allerhande experts, maar bijvoorbeeld ook aan kennis bij bewoners zelf. Denk ook aan bestaande modellen als PLISSIT en BLISS, die verpleegkundigen kunnen helpen om het gesprek op een goede manier aan te gaan, eens daar op instellingsniveau draagvlak voor is.

Tenslotte, in het kader van deze proef is een spel ontwikkeld dat zowel bij studenten verpleegkunde als bij werkende verpleegkundigen ingezet kan worden om op het vlak van attitude, kennis en vaardigheid stappen vooruit te zetten.

3.6 Besluit

Seksualiteit en intimiteit bij 65-plussers die verblijven in een chronische zorgsetting, het is een thema dat vaak onbesproken blijft. Nochtans is het een thema dat best wel besproken wordt. Het is immers aangetoond dat seksueel welbevinden een duidelijke relatie heeft met algemeen welbevinden.

Uit onderzoek blijkt dat er verschillende oorzaken zijn waarom seksualiteit en intimiteit bij 65-plussers gemedend worden als gespreksonderwerpen. Zo blijkt dat verpleegkundigen zich ongemakkelijk voelen bij het onderwerp, ervan uitgaand dat deze groep seksueel niet meer actief is, ervan uitgaand dat 65-plussers geen behoefte hebben aan een gesprek hierover of simpelweg vinden dat dit onderwerp niet besproken moet worden. Anderzijds blijkt ook dat 65-plussers het onderwerp niet aankaarten, net omdat ze ervan uitgaan dat verpleegkundigen zich er waarschijnlijk ongemakkelijk bij voelen. Kortom, een verhaal van de kip en het ei.

Behoudens voorgaande oorzaken, die vooral te maken hebben met attitude blijkt ook een gemis aan kennis en vaardigheid een drempel te zijn om het gesprek aan te gaan.

Zo is de kennis bij verpleegkundigen over dit onderwerp beperkt. Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer de helft aangeeft nood te hebben aan meer kennis en opleiding. Voor concrete handvaten zijn verpleegkundigen vandaag vooral aangewezen op patroon 9 van de patronen van Gordon. Richtlijnen van overheden of andere instanties, zoals die bijvoorbeeld bestaan in Groot Brittannië en Nederland, ontbreken nog in Vlaanderen.

Wat de vaardigheid om het gesprek aan te gaan betreft blijkt uit onderzoek dat ongeveer de helft vindt dat het deel uitmaakt van het werk, dat ongeveer 60% zich ook vaardig voelt, maar ook dat minder dan 1 op 3 vindt dat het voldoende aan bod kwam in de opleiding.

In dit hoofdstuk is getracht tools aan te reiken die kunnen helpen om de attitude omtrent seksualiteit en intimiteit bij te stellen, de kennis over het onderwerp bij verpleegkundigen te verhogen en vaardigheid om het gesprek aan te gaan verder te ontwikkelen.

Vooraleer aan de slag te gaan is beleid op instellingsniveau een essentieel fundament. Vanuit de visie van de instelling kunnen immers tools concreet ingepast en ingezet worden. Voor de tools is gekeken naar wat er al beschikbaar is, bijvoorbeeld het materiaal van de stichting Rutgers WPF, welke algemene tools ingezet kunnen worden zoals onder andere rollenspellen en postercampagnes en is ook een spel ontwikkeld in het kader van deze proef. Het spel kan een bijdrage leveren op alle vlakken, attitude, kennis en vaardigheid.

Verder is in dit hoofdstuk stil gestaan bij het gebruik van modellen, met name (Ex-) PLISSIT en BLISS. Beide modellen kunnen verpleegkundigen helpen wanneer ze het gesprek aangaan over het thema. Beide modellen volgen grotendeels dezelfde stappen, met net iets andere accenten. Afhankelijk van de context is het ene, dan wel het andere model meer aangewezen.

4 WAT IS DE VERPLEEGKUNDIGE ROL BIJ HET HERKENNEN VAN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG EN HOE GA JE HIERMEE OM - ELLEN

4.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk staat er kort iets geschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de definitie staat dat seksualiteit ook gaat over gedrag en handelingen. Niet alle handelingen of gedragingen lopen altijd goed. In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op het overschrijden van deze grenzen.

Er zijn weinig cijfers bekend omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) bij ouderen die verblijven in een chronische zorginstelling. In 2016 werd er door van der Ploeg (2017) een onderzoek gedaan met als doel de prevalentie van SGG in een chronische zorginstelling in kaart te brengen. Dit onderzoek werd voorafgegaan door een literatuurstudie waarin werd gekeken naar de seksuele behoeftes en het welzijn van ouderen, dementie en SGG en de attitudes en kennis bij de zorgverleners. Hier toont hij in aan dat er weinig bekend is over SGG bij ouderen in een chronische zorginstelling. Wel zegt hij dat deze populatie seksueel actief is maar dat ieder dit voor zichzelf invult. En er zal steeds een risico zijn voor SGG. De invloed van dementie bij SGG is ook nog zeer onduidelijk en ook de kennis en attitudes van zorgverleners. Het verbeteren van kennis lijkt effectief te zijn maar er is nog geen onderzoek bekend waaruit blijkt dat het ook leidt tot veranderingen op beleidsniveau en op de werkvloer. Na de literatuurstudie heeft van der Ploeg (2017) een prevalentie onderzoek uitgevoerd. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in SGG van ouderen in Vlaamse woonzorgcentra. Hij wou hiermee inzicht geven in de ernst en de omvang van het probleem. Dit kan voor zorgverleners een basis zijn om nieuwe protocollen op te baseren. Hij heeft gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde vragenlijst die door zorgverleners ingevuld moest worden die tewerkgesteld waren in Vlaamse woonzorgcentra. Hij heeft ervoor gekozen om het door zorgverleners te laten invullen omdat zij in direct contact staan met de zorgvragers, omdat ze zicht hebben op SGG en omdat ze vaak een beter geheugen hebben. De online vragenlijst werd door 259 personen ingevuld waarvan uiteindelijk 116 geldige deelnames. Uit het onderzoek bleek dat meer dan 95% van de zorgverleners ooit te maken heeft gehad met SGG bij ouderen in het woonzorgcentrum. De meerderheid geeft ook aan dat ze in de drie maanden voor het onderzoek SGG tegengekomen is op het werk. Het onderzoek toont ook aan dat de kennis en attitudes van zorgverleners niet optimaal zijn. Bij de definitie van SGG leggen de zorgverleners wel de nadruk op de beleving van de zorgvrager om het gedrag te beoordelen. Het is voor iedereen anders, ieder bepaalt voor zich of het al dan niet grensoverschrijdend is. Ook belangrijk is de intentie van de persoon die SGG vertoont. Soms kan het als grensoverschrijdend overkomen maar is het nooit de bedoeling geweest.

Behoudens voormeld onderzoek, is het aantal onderzoeken schaars. Ook al is er niet zoveel cijfermateriaal toch is het probleem niet te onderschatten. Doordat er weinig cijfermateriaal te vinden is zal er waarschijnlijk meer grensoverschrijdend gedrag voorkomen dan geregistreerd is.

Verlangen naar intimiteit is op zich geen probleem. Maar in een zorginstelling is dit niet altijd even gemakkelijk. Er is, zoals eerder geschreven, weinig of geen privacy. Zorgverleners achten zich verantwoordelijk voor het welzijn van hun zorgvragers en daardoor moeten ze afwegingen maken. Het is soms kiezen tussen de belangen van de zorgverlener en de zorgplicht die alle zorgverleners hebben. De zorgvrager heeft recht op affectie en intimiteit maar moet ook beschermd worden tegen misbruik of ongewenst gedrag (Diesfeldt, 2009). Hoe de zorgverlener reageert op seksueel

onaangepast gedrag wordt beïnvloedt door verschillende factoren zoals de mate waarin het gedrag expliciet is, het soort gedrag, of het gedrag gepast is en of de zorgvrager een persoon is met dementie. Maar ook de visie van de zorginstelling en hoe comfortabel de zorgverlener zich voelt spelen ook een rol met hoe er wordt omgegaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag (Gastmans, 2014).

De interpretatie van gedrag kan vanuit verschillende opzichten bekeken worden. Op ethisch, maatschappelijk vlak kan bekeken worden wat wel of niet past binnen onze samenleving. Juridisch is wat wel of niet kan voor de overheid. Op medisch en psychisch vlak kan beoordeeld worden wat verstoord is of wat niet, en op historisch en cultureel vlak kan gekeken worden naar eventuele vastgeroeste gewoontes. Als laatste, maar niet minder belangrijk, is de persoonlijkheid, wat vindt de persoon zelf en wat is de rol van zijn verantwoordelijkheid (Heemelaar, 2008).

Het probleem is dat men niet weet wat grensoverschrijdend gedrag is en hoe men erover kan spreken. Wat is de rol van de verpleegkundige bij seksueel grensoverschrijdend gedrag? De kennis rond grensoverschrijdend gedrag bij zorgvragers in een chronische zorginstelling bij verpleegkundigen is onvoldoende. Er lijkt zowel een taboe over het onderwerp als over het aanpakken of bespreken ervan. Het doel is om het te (h)erkennen en bespreekbaar te (durven) maken en om info te bieden. Zodat verpleegkundigen beter geïnformeerd zijn en dat er minder taboe rust op het onderwerp. Dit ten voordele van de kwaliteit van leven met betrekking tot seksualiteit tot de zorgvrager.

4.2 Definitie

Als seksueel gedrag ongewenst is, is het altijd grensoverschrijdend. Dit is zowel bij een opmerking, een zoen als bij een aanraking. Wel is het niet altijd duidelijk of het met opzet is of dat het voortkomt uit een bepaalde situatie. Maar als het iets is wat niet gewenst is moet het kenbaar kunnen worden gemaakt. Het gaat vaak om eigen ervaring of beleving of iemand vindt dat bepaald gedrag niet oké is, maar als iemand het niet oké vindt is het grensoverschrijdend gedrag (Rutgers, s.a.).

Hellemans & Buysse (2013) hebben in hun werkstuk als definitie geschreven dat *"seksueel geweld of SGG verwijst naar elke situatie waarin een persoon gedwongen wordt om seksuele handelingen te stellen of te ondergaan tegen zijn zin. SGG kan verschillende vormen aannemen, zo kan het gaan van ongewenste seksuele opmerkingen tot ernstig lichamelijk geweld."*

In het kader van deze bachelorproef wordt SGG besproken in een context waarin er een zorgverlener is. Hieronder wordt elke vorm verstaan van seksueel georiënteerd gedrag; zowel psychisch, fysiek, bewust, onbewust, verbaal of non verbaal. Dit kan komen van personeel, familie, derden en wat door de zorgvrager of zorgverlener als ongewenst wordt ervaren. Ongeacht waar of wanneer het plaatsvond. Vaak weet men nog niet of het effectief gebeurd is maar spreekt men al wel over een vermoeden. Niet alle seksueel grensoverschrijdende gedragingen zijn strafrechtelijk maar het kan (De Fauw, Denier, Moens, Peeters & Wuyts, 2013).

4.3 Seks en de wet

In de strafwet staan er bepalingen die met seks verband houden. Ze geven aan welke gedragingen ongewenst zijn of in strijd met goede zeden.

Daarbij zijn twee uitgangspunten:

- Seksualiteit is iets dat privé beleefd wordt.

- Voor contacten die seksueel getint zijn moet er van alle betrokkenen een geldige toestemming zijn.

Grofweg kan gezegd worden dat alles wat in strijd is met de hierboven geschreven uitgangspunten kan ervaren worden als ongewenst en strafbaar.

Daarnaast zijn er ook enkele beperkingen door de strafwet bij seksualiteitsbeleving. Die op basis van leeftijd is de bekendste. Dit is er om personen die minderjarig zijn te beschermen tegen seksueel misbruik (alles over seks, s.a.).

Sinds 1 januari 2015 is er een besluit van de Vlaamse Regering rond seksueel grensoverschrijdend gedrag en de preventie hiervan in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen. Er wordt extra erkenning aan het probleem gegeven. De extra erkenningsnorm is verder uitgewerkt in richtlijnen:

- ontwikkeling van een referentiekader;
- uitwerken van een procedure voor detectie en preventie;
- meldingsplicht aan agentschap Zorg en Gezondheid (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2015).

4.4 Klachten

SGG kan zowel lichamelijke als geestelijke klachten geven. Dit hangt af van de situatie en dergelijke. Enkele voorbeelden van en dus ook te observeren klachten kunnen zijn:

- Lichamelijk: pijn ter hoogte van de geslachtsdelen, buikpijn.
- Het telkens opnieuw beleven, wat kan zorgen voor nachtmerries.
- Zich gespannen voelen en angst voor de persoon waar grensoverschrijdend gedrag mee voorgevallen is.
- Schaamte is een gevoel dat vaak voorkomt.
- Schending van vertrouwen kan leiden tot een gevoel van onveiligheid, met als gevolg somberheid, depressie en afschuif van het eigen lichaam.
- Schuldgevoel is ook een gevoel dat vaak voorkomt. Het is niet zo dat als iemand geen nee kon zeggen op het moment dat het daarmee ook zijn of haar schuld is.

(Rutgers, s.a.)

Het is zoals steeds belangrijk om goed te observeren en te luisteren. Want het is niet zo dat dit enkel alle symptomen zijn of dat ze uitsluitend wijzen op seksueel grensoverschrijdend gedrag.

4.5 Oorzaken

Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van SGG bij zorgvragers. Tijdens de verzorging hebben zorgvragers lichamelijk contact met de zorgverleners wat verwarrend kan zijn. Dit kan al gevolgen hebben voor SGG. Psychische aandoeningen en lichamelijke kunnen ook een oorzaak zijn. Een zorgvrager met dementie kan gedesoriënteerd zijn in tijd, ruimte en persoon en hierdoor ongepast gedrag vertonen (Krook & Van Straaten, 2003). Een beetje verder in dit hoofdstuk wordt dit besproken.

Soms kan onmacht ook een oorzaak zijn. De zorgvrager is afhankelijk van de zorgverlener en kan zich hierdoor machteloos voelen. Zo doen ze een poging om hun eigen macht te vermeerderen en die van de zorgverlener te verminderen. Dit kan men doen door seksuele opmerkingen te maken of door te kleineren. Men kan dit ook lichamelijk trachten te laten gelden door ongewenste aanrakingen. Zo hebben mannen vaak een traditioneel beeld van zichzelf en vinden ze dat ze zich moeten laten gelden.

Ze zijn het sterkste geslacht en moeten zorgen voor het gezin. Als dit wegvalt, verliezen ze ook een deel hun macht. Als ze zorgafhankelijk worden kunnen ze dit trachten te compenseren door bij anderen macht weg te halen om zo hun eigen status te herstellen. Ze kunnen zich dan ondankbaar gaan uiten en zich kleinerend opstellen. Dit is niet enkel zo bij mannen maar ook bij vrouwen. Het uit handen geven van zorg en zelfstandigheid is ook voor hen zeer moeilijk (Krook & Van Straaten, 2003).

4.6 Grensoverschrijdend gedrag tussen zorgverlener en zorgvrager

SGG is niet aanvaardbaar, maar dit wil niet zeggen dat de zorgverlener daardoor minder goede zorg moet gaan verlenen uit angst om iets fout te doen of om zelf te maken te krijgen met SGG. Het is belangrijk om iemand bij te staan wanneer nodig. Zelfs een knuffel of een arm om iemand zijn schouder kan perfect gepast zijn als dit bij de behoefte van de zorgvrager past. En als dit zelf binnen je grenzen ligt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016).

De brochure van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg van de inspectie van de gezondheidszorg (2016) geeft ook enkele handvaten voor zorgverleners die SGG kunnen voorkomen. Bij de bruikbare tips wordt er meer aandacht aan besteed.

Of het al dan niet klikt wordt al snel duidelijk. Zo kan er een belangrijke vertrouwensband ontstaan die een belangrijke betekenis kan krijgen voor de oudere. Zo komen er persoonlijke gesprekken tot stand wat er dan weer voor kan zorgen dat de zorgvrager zich gesteund en getroost voelt. Dat hoort ook bij een taak als verpleegkundige. Wel is het zo dat dit contact te allen tijde een professioneel contact is. Hoe fijn de gesprekken ook kunnen verlopen en hoe goed men ook met iemand kan opschieten, de zorgverlener is niet een vriend. Als er een klik is tussen verpleegkundige en zorgvrager en als er naast het noodzakelijke lichamelijke contact ook nog persoonlijke gesprekken zijn, kunnen er seksuele gevoelens naar boven komen. Voor sommigen kan dit een aanleiding zijn tot SGG. Dit kan gaan van erotisch getinte opmerkingen tot ongewenste aanrakingen. De grenzen van anderen moeten daarbij steeds gerespecteerd worden. SGG kan de professionele relatie op het spel zetten. Zo kan het zijn dat de zorgverlener hierdoor een waardevol contact verliest. Als er gevoelens zijn moet men leren om hiermee om te gaan. Dan kan de zorgvrager met een zorgverlener in gesprek gaan hierover of eventueel met een arts of een psychotherapeut. Samen kunnen ze dan een manier vinden om met deze gevoelens om te gaan of ze kunnen samen op zoek gaan naar alternatieven voor hun verlangens (Van de Ven, Van Assche & Vesentini, s.a.).

4.7 Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij personen met dementie

Tijdens de zorg voor personen met dementie is fysiek contact onvermijdelijk. Dit komt mede door het feit dat het vaak nog de enige manier is om te communiceren. Er is ook veel verschil tussen zorgverleners. De één vindt bepaald gedrag ongepast en de ander niet. Eén van de redenen hiervan is de subjectiviteit van de persoon die observeert. Ieder van ons heeft een ander referentiekader en ook onze draagkracht is verschillend. Niet enkel deze factoren spelen een rol. Ook wat er in het verleden misschien gebeurd is kan een rol spelen, alsook de omstandigheden waarin gedrag plaatsvindt spelen een rol bij de beoordeling van bepaald gedrag (Geelen, 2010).

Binnen de gezondheidszorg bestaat een groot deel van de zorgvragers uit personen met dementie. Dementie is een neurodegeneratieve aandoening die vaak

veranderingen in emotie en persoonlijkheid met zich meebrengen. De seksuele invulling bij zorgvragers met dementie wordt door een zorgverlener vaak beschouwd als probleemgedrag. Een verhoging van seksueel onaangepast gedrag zie je vaak vanaf het moment dat iemand met dementie wordt opgenomen in een zorginstelling. Bij een opname komt de patiënt in een groep terecht waardoor het moeilijker is om met het gedrag om te gaan. Er is een grote wisselwerking tussen het gedrag van een zorgvrager met dementie en zijn omgeving (Vilans, 2011).

Probleemgedrag veroorzaakt door dementie is groot. In de toekomst zal het aantal personen met dementie en dus ook het probleemgedrag toenemen. Het gedrag is niet gemakkelijk om mee om te gaan doordat het onvoorspelbaar is. Zorgvragers met dementie kunnen seksueel afwijkend gedrag hebben als gevolg. Dit kan gepaard gaan met verschillende symptomen. Sommige symptomen staan ook op zichzelf:

- Vergeetachtig zijn wat kan leiden tot achterdocht. De dementerende zorgvrager weet niet meer wie zijn kinderen zijn of zijn partner. In combinatie met andere symptomen kan dit leiden tot probleemgedrag.
- Desoriëntatie.
- Persoonlijkheid die verandert.
- Wisselingen in stemming, agressie of depressie (Krook & Van Straten, 2003).
- Decorumverlies, hier weet de zorgvrager niet dat zijn gedrag onacceptabel is. Vaak gaat dit gepaard met seksueel probleemgedrag.
- Dwangmatig masturberen, doordat er een onhoudbare seksuele prikkel gegeven wordt aan de uitwendige genitaliën.
- Pedofiel gedrag, de seksuele aandrang krijgt vrij spel. De seksuele impulsen kunnen nog moeilijk in de hand worden gehouden. Dit gaat gepaard met een minder kritisch vermogen.
- Aanpassingsmechanismen, we beschikken als mens over bepaalde mechanismen. Bepaalde mechanismen nemen het over wanneer anderen verzwakken of afnemen. Het psychisch functioneren is hierbij één van de belangrijkste. Onze hersenen kijken naar hoe we ons in het verleden uit bepaalde situaties hebben gered. Als we toen kozen voor een leugentje zal het bij personen met dementie in grote mate terugkomen (Musaph, 1993).

Het omgaan met seksueel ongepast gedrag bij personen met dementie is niet gemakkelijk. Het kan zorgen voor gevoelens van ongemak. Bij het terechtwijzen van iemand kan dit bij de andere beschaamdheid of zelfs boze gevoelens oproepen. Humor kan dan belangrijk zijn en zeker niet vergeten dat het gedrag voortkomt uit de ziekte. Er zouden medicijnen zijn die seksueel ongepast gedrag behandelen maar er is nog maar weinig onderzoek naar gedaan. Deze brengen ook bijwerkingen met zich mee (dementie, s.a.).

Makimoto et al. (2015) deden een literatuurstudie over de seksualiteit bij demente zorgvragers die verblijven in een zorginstelling. Een negatieve houding van zorgverleners en het gebrek aan privacy, wat al vaker beschreven staat, kunnen een hindernis zijn om zich als zorgvrager uit te drukken. Ze stellen dat er nood is aan een veilige en ondersteunende omgeving om zich als zorgvrager met dementie op seksueel vlak te kunnen uiten. Onderwijs en duidelijke richtlijnen achten zij nodig om als zorgverleners goed te handelen bij specifieke seksuele situaties. En dit op een objectieve en respectvolle manier. Een standaardformulier voor SGG zou volgens de onderzoekers van pas komen. Meer informatie omtrent seksualiteit bij ouderen en SGG zou een onderdeel moeten zijn van de opleiding tot verpleegkundige zodat zij de informatiebron kunnen zijn voor zorgvrager en familie. Ze concluderen dat er meer onderzoek nodig is naar de seksualiteit van personen met dementie in een zorginstelling om effectieve interventies te kunnen ontwikkelen.

Tucker (2010) beschrijft in zijn literatuurstudie dat ongepast seksueel gedrag bij zorgvragers met dementie moeilijk te behandelen kan zijn. Vaak worden er meerdere psychoactieve medicijnen en farmacotherapieën getest voordat ze een effectief middel vinden. Er zou meer onderzoek nodig zijn om het nut van deze medicijnen te verduidelijken en om niet medicamenteuze strategieën te ontwikkelen. Dit om onnodig medicatie gebruik te beperken.

Ook Joller et al. (2013) beschreven in hun onderzoek naar methoden om SGG van ouderen te verminderen dat zorg op maat nodig is en gekeken moet worden naar de individuele zorgvrager en dat men eerst niet farmacologische interventies dient toe te passen. Veel farmacologische interventies lijken beperkt te zijn qua werkzaamheid of potentieel ernstige bijwerkingen te hebben zoals bijvoorbeeld antipsychotica. Ook op ethisch vlak moet men de vraag stellen of het nodig is om drastisch in te grijpen door gebruik te maken van medicatie. Zorgvragers die hyperseksueel gedrag vertonen omwille van specifieke hersenschade kunnen er zelf niks aan doen. Moeten zij dan wel de potentiële ernstige bijwerkingen erbij nemen? Door de medicatie te nemen zullen ze anderen wellicht niet meer lastigvallen maar hun functioneren en levenskwaliteit kan ook dalen door de bijwerkingen. De onderzoekers stellen ook hier vast dat verder onderzoek nodig is.

Tarzia et al (2012) vonden het belangrijk dat ouderen met dementie in een zorginstelling anderen en zichzelf niet zouden lastigvallen maar ook dat ze rechten hebben om te beslissen over hun eigen seksuele gedrag. De onderzoekers vinden dat ook de zorgvragers recht hebben om hierover te beslissen. Als verpleegkundigen een negatieve houding hebben ten opzichte van seksualiteit bij ouderen, kan het ertoe leiden dat het seksuele aspect van de zorgvrager genegeerd of over het hoofd gezien wordt.

4.8 Modellen voor het hanteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Er zijn verschillende modellen voor het hanteren van SGG ontwikkeld die trachten om het thema bespreekbaar en hanteerbaar te maken. Twee van deze modellen worden toegelicht, namelijk het vlaggensysteem en de hermeneutische cirkel. Er zijn ook tools die bijdragen aan het vermeerderen van de kennis van verpleegkundigen waar in hoofdstuk 3 al verder op ingegaan werd.

4.8.1 Vlaggensysteem

Dit is een methodiek die ontwikkeld is in Vlaanderen om seksueel gedrag in te kunnen schatten en daar dan vervolgens gepast op te reageren. Meer bepaald is het in de eerste plaats de bedoeling om seksueel gedrag correct te kunnen inschatten. Het bevorderen van neutraliteit en objectiviteit is hierbij van groot belang net als het aanbieden van argumenten. Ten tweede is het belangrijk om een gesprek te stimuleren en best in gemeenschappelijke taal. En ten derde counselend reageren en hierbij instrumenten en methodieken aanbieden. Er zijn 6 criteria waarmee je seksueel gedrag in vier categorieën kan indelen. Dit met verschillende vlaggen elk in een andere kleur. Bij elk type gedrag is er ook een voorstel voor een aangepaste reactie (seksuele vorming, s.a.).

Deze methodiek is in eerste instantie ontwikkeld voor jongeren om seksueel gedrag bespreekbaar te maken, op een correcte manier in te schatten en er gepast op te reageren. Tijdens vormingen van Sensoa wordt er ook al uitleg gegeven over het werken met het vlaggensysteem bij ouderen en bij personen met een psychische kwetsbaarheid. Momenteel is Sensoa een vlaggensysteem aan het uitwerken dat beter aansluit bij deze volwassen doelgroepen. Sensoa laat weten nog volop bezig te zijn met

het verzamelen van data voor het ontwikkelen van een ander systeem. In afwachting hiervan kan het vlaggensysteem voor jongeren al gebruikt worden bij ouderen en personen met een psychische kwetsbaarheid. Je gaat aan de slag met een casus, bekijkt welke criteria in welke mate voldaan zijn en beoordeelt daarna welke kleur vlag deze krijgt. Afhankelijk van de kleur vlag kijk je hoe je gepast kan reageren op deze casus.

Met dit systeem kan je:

- seksueel gedrag bij jongeren adequaat beoordelen;
- seksueel gedrag met jongeren, ouders, ouderen en zorgprofessionals bespreken;
- tot een betere afstemming komen met een team over welke pedagogische lijn best te volgen;
- een beleid en visie uitwerken als leidinggevende binnen een organisatie over seksueel gedrag.

Na het toepassen van de zes criteria op een concrete situatie kan je tot een weloverwogen reactie komen. Het kan een tegengewicht bieden tegen onverschilligheid of emotioneel reageren alsook tegen paniekerig gedrag. (seksuele vorming, s.a.).

De zes criteria

- Wederzijdse toestemming: beide partijen kiezen er met volle bewustzijn voor. Het is soms wel moeilijk te interpreteren als de toestemming non-verbaal gegeven wordt en als deze ophoudt of verandert. Soms is het dan ook moeilijk om signalen juist in te schatten of om op te houden.
- Vrijwilligheid: niet onder druk gezet worden door er een beloning of een verlies aan te koppelen.
- Gelijkwaardigheid: geen onevenwicht waarbij één iemand de ander overheerst.
- Leeftijd of ontwikkeling: wordt dit gedrag gelinkt aan de leeftijd of de toestand of ziekte?
- Context
- Zelfrespect: het mag niet schadelijk zijn op psychisch, sociaal of fysiek vlak voor jezelf (seksuele vorming, s.a.; Geuens, s.a.).

De vier vlaggen

- De groene vlag
- De gele vlag: licht grensoverschrijdende seksuele situatie. Dit is als een situatie éénmalig is en er weinig of geen ongelijkwaardigheid is. Vaak is het onaangenaam en is er een onduidelijke communicatie in een redelijk veilige context met weinig risico en er is geen sprake van penetratie.
- De rode vlag: ernstig of zorgwekkende grensoverschrijdende seksuele situatie. Het gaat om herhaald gedrag met grote ongelijkwaardigheid en waarbij dwang of geweld is gebruikt. Men kon er niet aan ontsnappen, er was angst, geen privacy en een risico. Er is eenmalig penetratie geweest.
- De zwarte vlag: zwaar grensoverschrijdende seksuele situatie. Herhaaldelijk rode vlag zonder gelijkwaardigheid en grote afhankelijkheid. Er is een grote angst en onveiligheid en het past niet in de context. Hier gaat het om bewust schade toebrengen (seksuele vorming, s.a.; Geuens, s.a.).

Tabel 4.1: Vlaggensysteem

	GROEN	GEEL	ROOD	ZWART
Toestemming	OK	+ - OK	- OK	- - OK
Vrijwilligheid	OK	+ - OK	- OK	- - OK
Gelijkwaardigheid	OK	+ - OK	- OK	- - OK
Leeftijd/ ontwikkeling	OK	+ - OK	- OK	- - OK
Context	OK	+ - OK	- OK	- - OK
Zelfrespect	OK	+ - OK	- OK	- - OK

Noot: Frans, E. & Franck, T. (2010). Vlaggensysteem. Praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Antwerpen: Sensoa.

De lichtgrijze kleur geeft aan dat het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er is hierbij sprake van seksueel gedrag dat niet voldoet aan één van de criteria. De donkergrijze kleur wijst op seksueel misbruik. Dan is er iets gebeurd zonder wederzijdse toestemming, zonder vrijwilligheid en er was ook geen gelijkwaardigheid tussen beide (Geuens, s.a.).

Hoe reageren?

- Groen: reageren kan maar hoeft niet. Algemene richtlijnen die gehanteerd worden als je reageert is het gedrag niet stoppen, benoem de zaken die je ziet of hoort, empathisch reageren, het bevestigen van het gestelde gedrag en eventueel ook uitleggen waarom het oké is.
- Geel: uitleggen, begrenzen, bieden van alternatieven, coachen, signaleren.
- Rood: verbieden, uitleggen en controleren, eventueel bemiddelen, melden, aankondigen van straf of interventie, coachen.
- Zwart: verbieden, uitleggen, tussenkomen met straf en/of begeleiding of andere interventie, melden (Geuens, s.a.).

4.8.2 De hermeneutische cirkel

Bij VZW Aditi wordt er gebruik gemaakt van de hermeneutische cirkel. Het kan een hulpmiddel zijn om een casus te ontleden.

De cirkel is een hulpmiddel om in te schatten hoe het verstandelijk niveau, de emotionele draagkracht, de vaardigheden, de achtergrond, de sociale ontwikkeling en eventuele opmerkelijke gebeurtenissen in verhouding staan bij iemand. (seksuele vorming, s.a.). De hermeneutische cirkel wordt gebruikt om de persoon in zijn totaliteit te zien, op holistische wijze. Het richt er zich op om zorgvrager beter te leren begrijpen, zowel verbaal als non- verbaal. Deze cirkel kan ook een eventuele seksuele hulpvraag verduidelijken, het kan een manier zijn om seksuele voorlichting af te stemmen op de zorgvrager en het kan SGG in kaart brengen (Frans & Bruycker, 2012). Je kijkt op verschillende vlakken naar de zorgvrager waardoor je actief met de belevingswereld van deze ene persoon bezig bent. Door gebruik te maken van zoveel mogelijk informatie creëer je een referentiekader van iemand (Bosch & Suykerbuyk, 2006). Door het gebruik van de cirkel is er de mogelijkheid om te kijken of er misverstanden zijn en hoe het nu komt dat er dingen misgaan. Trachten te kijken vanuit een ander perspectief en je eigen veronderstellingen opzij te schuiven.

Per deel van de cirkel vul je informatie in die je weet van de zorgvrager of die je uit zijn gedrag kan herleiden.

Volgende ontwikkelingen worden binnen de cirkel geplaatst:

- lichamelijke;
- verstandelijk;
- emotioneel;
- sociaal;
- persoonlijke levensgeschiedenis;
- bijkomende psychiatrische problematiek (seksuele vorming, s.a.).



Figuur 4.1: De Hermeneutische Cirkel

Noot: Bosch, E., Suykerbuyk, E. (2000). Seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke handicap. Baarn: Nelissen.

- Op lichamelijk vlak moeten we ons afvragen om wie het gaat. Is het een oudere, volwassene, kind of puber? In deze bachelorproef gaat het om de oudere, de 65-plusser. Elke levensfase brengt andere vragen met zich mee.
- Op verstandelijk vlak gaat het om het cognitieve niveau. Gaat het om geen beperking, een lichte, een matige of een ernstige verstandelijke beperking.
- De emotionele ontwikkeling staat centraal in de hermeneutische cirkel. Dit omdat er een verschil is tussen iets aankunnen en iets kunnen. Het is niet zo dat iemand iets bepaald kan, dit ook al aankan of er klaar voor is. Wanneer het emotionele niveau lager is, des te moeilijker is het om adequaat gedrag te vertonen.
- Het sociale en emotionele zijn nauw verwant. Gaat een bepaalde zorgvrager vaak met iemand anders om? Is er ruimte geweest om seksueel te experimenteren? In welke ontwikkelingsfase zit hij? Hoe zijn de sociale contacten inhoudelijk geweest? Heeft het seksuele contact een invloed gehad op de uiteindelijke identiteit van de zorgvrager?
- De persoonlijke levensgeschiedenis gaat erover wie de zorgvrager geworden is. Hoe is hij opgevoed, hoe is hij ontwikkeld, zijn er bepaalde levensgebeurtenissen gebeurd, heeft hij seksuele opvoeding gehad, wat is zijn afkomst of cultuur, uit welk milieu komt hij (Bosch & Suykerbuyk, 2000).

Met de Hermeneutische Cirkel kan je:

- een seksueel voorlichtingsprogramma opstellen op maat van de persoon;
- mogelijke grensoverschrijdingen beter doorgronden en voorzien van een antwoord;
- een persoon respectvoller bejegenen (seksuele vorming, s.a.).

4.9 Bruikbare tips

Afhankelijk van de gebeurtenis en van eigen interpretatie kan gehandeld worden bij SGG. Enkele bruikbare tips kunnen zijn:

- Jezelf verdiepen in het beleid rond SGG en het op geregeld tijdstippen herhalen tijdens vergaderingen. Zo weet iedereen welke regels er zijn.
- Feedback geef je direct zodat zorgverleners en zorgvragers weten waar ze aan toe zijn. Dit kan ook helpen om in de toekomst beter om te kunnen gaan als er iets voorvalt.
- Vraag tijdig hulp. Je hoeft niet alles altijd alleen te willen doen. Spreek je collega's aan of maak gebruik van de vertrouwenspersoon op je afdeling (Buddingh, 2005).

4.10 Kritische blik

In dit hoofdstuk is er gekeken naar de rol van verpleegkundigen bij SGG tussen zorgvrager en zorgverlener. In hoofdstuk 2 wordt het belang van een beleid rond seksualiteit aangehaald en in hoofdstuk 3 gaat het over bruikbare tools voor verpleegkundigen omtrent seksualiteit bij 65-plussers. Deze zijn ook belangrijk voor het herkennen van SGG en een handvat om ermee om te gaan.

In de praktijk is er in sommige instellingen wel wat voor handen. Zo is er bijvoorbeeld in de instelling van Emmaüs een procedure rond seksueel grensoverschrijdend gedrag die gebruik maakt van een beslissingsboom en er is ook een folder rond ongewenst grensoverschrijdend gedrag ter beschikking. Ook staat er telkens een verwijzing naar een vertrouwenspersoon bij. Deze personen vind je vaak in alle instellingen terug. Er is zeker nog ruimte voor aandacht en groei over dit onderwerp.

Het onderwerp SGG heeft nood aan verder onderzoek en meer educatie errond. Zoals Makimoto et al. (2015) in zijn onderzoek omschrijft zou dit in de opleiding al geïntegreerd moeten worden. Dan is het niet enkel voordelig voor de verpleegkundige maar ook voor de zorgvrager en zijn familie. Ook zij kunnen dan terecht bij de verpleegkundige voor vragen of handvatten. Er zijn modellen om SGG te ontleden en aan te pakken. Hiermee wordt getracht een objectieve kijk te hebben op een welbepaalde casus. Er zijn medicamenteuze en niet medicamenteuze behandelingen maar ook hier is nog verder onderzoek naar nodig.

Tips voor de toekomst;

- Aangepast model voor herkennen zoals bv. nieuw vlaggensysteem.
- Procedures
- Beter beleid
- Meer kennis en opleidingen
- ...

4.11 Besluit

Uit dit hoofdstuk blijkt dat SGG voorkomt en dat er modellen zijn die grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar maken. Wel blijkt dat er hier nog aan gewerkt moet worden. Wat ook van belang is, is het beleid wat in hoofdstuk 2 aan bod is gekomen en tools voor verpleegkundigen waar hoofdstuk 3 zich op richt. Er is vaak te weinig kennis en te veel angst bij het personeel wat bij kan dragen aan het taboe rond het onderwerp. Rond SGG bij personen met dementie is er al heel wat onderzoek gebeurd maar het blijft terugkomen dat meer onderzoek op alle gebied nodig is. Zowel op gebied van kennis, handvatten, al dan niet het gebruik van medicatie, gebruik en ontwikkeling van modellen, duidelijke procedures,...

Kortom, er is nood aan meer onderzoek en duidelijke richtlijnen en handvatten rond dit thema. Er heerst nog steeds een taboe over dit onderwerp. Verpleegkundigen kunnen dit mee helpen te doorbreken, door te blijven bijscholen en door te blijven meewerken aan het bespreekbaar maken van dit thema.

5 SEKSUELE DIVERSITEIT BIJ 65-PLUSSERS IN EEN CHRONISCHE ZORGSETTING - WENDY

5.1 Inleiding

In dit deel komt seksuele diversiteit bij ouderen in een chronische zorgsetting aan bod. In de ouderenzorg wordt haast niet over seksualiteit gesproken, laat staan over homoseksualiteit (Fokkema, 2012). Door de vergrijzing van de bevolking stijgt echter ook de seksuele diversiteit. Deze ouderen willen gezien en gehoord worden om een optimaal welbevinden te ervaren. Homoseksuele ouderen komen sinds enkele jaren meer en meer in beeld als doelgroep met specifieke behoeften en wensen (Kluit, 2012).

In de literatuur wordt vaak gebruikt gemaakt van de term LHBT, wat staat voor lesbisch, homoseksueel, biseksueel en transgender. Omdat de transgenderproblematiek een specifieke problematiek is en specifieke kennis vereist is dit verder niet meegenomen in deze bachelorproef. Daarom wordt verder in dit hoofdstuk ook gesproken over LHB. De term verwijst alzo naar iemand aan met een (zelfbenoemde) seksuele voorkeur voor iemand van hetzelfde geslacht dan wel iemand die indiffernt is tussen beide geslachten.

Menswaardigheid en medemenselijkheid zijn waarden die vandaag de dag hoog in het vaandel worden gedragen. Toch blijkt uit verschillende onderzoeken dat de positie van LHB-ouderen op het gebied van wonen, welzijn en zorg nog veel te wensen overlaat. Kwaliteitsvolle zorg op maat vraagt een zorgvuldige afstemming op de diversiteit van ouderen met verschillende achtergronden (Kluit, 2012).

Uit onderzoek blijkt ook dat zorgverleners een meer negatieve attitude hebben ten aanzien van seksuele contacten tussen mensen van hetzelfde geslacht dan wel ten aanzien van heteroseksueel contact. LHB-ouderen krijgen door deze negatieve houding meer angst om uit te komen voor hun seksuele noden waardoor zij sneller terug "in de kast" gaan van zodra zij in een zorginstelling terecht komen. Zorgverleners hebben een intensieve betrokkenheid en een nauwe interactie met hun zorgvragers, dit betekent dat verpleegkundigen in grote mate bepalen welke seksuele handelingen zijn toegestaan (Mahieu & Gastmans, 2015).

Verder zijn zorginstellingen zich vaak niet of onvoldoende bewust dat LHB-ouderen bestaan onder hun bewoners. De maatschappelijke aanvaarding is ondertussen dan wel toegenomen, maar in de realiteit blijft dit thema nog vaak onbespreekbaar en wordt homoseksualiteit nog steeds als een taboe beschouwd. Men spreekt hedendaags zelfs nog over vormen van discriminatie door zorgverleners en/of medebewoners. Dit heeft grote gevolgen voor de aanwezige LHB-ouderen, zij voelen angst en krijgen meer frustraties waardoor hun levenskwaliteit vermindert (Zorgnet-icuro, 2015).

Het staat vast dat de attitude van verpleegkundigen een zeer grote invloed kan hebben op de levenskwaliteit van LHB-ouderen. Dit leidt naar de volgende onderzoeksvraag: welke attitude van verpleegkundigen kan zorgen voor een verhoogde levenskwaliteit/zorg op maat bij LHB-ouderen in een chronische zorgsetting?

Om een antwoord op deze vraag te bieden is het nodig om eerst te bekijken wat de knelpunten, noden en behoeften zijn van LHB-ouderen. Deze kennis is noodzakelijk om het verpleegkundige handelen te optimaliseren. Tevens is het belangrijk om dieper in te gaan op factoren die de attitude ten aanzien van diversiteit beïnvloeden. Daarna kan er worden ingegaan op reeds lopende projecten rond het verhogen van de aandacht voor LHB-ouderen en tips en tricks om met de juiste attitude zorg op maat te verlenen aan deze doelgroep.

5.2 LHB-ouderen waar zijn ze en wat beperkt hen?

Naar benadering zijn er 200.000 LHB-ouderen in België. Een deel van hen woont in één van de 78.000 woonvormen in woonzorgcentra die Vlaanderen telt (Agentschap zorg en gezondheid, 2017c). Hoeveel LHB-ouderen er precies in woonzorgcentra verblijven is niet exact te bepalen omwille van de geringe zichtbaarheid van deze doelgroep.

De meeste literatuur die voorhanden is, is afkomstig van Nederlandse bronnen en onderzoeken. Dit kan verklaard worden door het feit dat Nederland de koploper is in de wereld aangaande acceptatie van homoseksualiteit. De Nederlandse bevolking blijkt zich het meest homotolerant te typeren (Keuzenkamp, 2011).

LHB-ouderen hebben specifieke noden en behoeften. Omwille van verschillende factoren blijkt het voor verpleegkundigen echter niet evident om aan deze noden en behoeften te voldoen. Daarom is het essentieel om de belangrijkste knelpunten te beschrijven en daarna de behoeften en noden van deze doelgroep te schetsen. Deze kennis is essentieel voor verpleegkundigen om zorg op maat te kunnen geven.

5.2.1 De maatschappij, groots en inspirerend

Maatschappelijke attitudes ten opzichte van homoseksualiteit zijn hedendaags nog steeds schijntolerantie en heteronormativiteit. Schijntolerantie zorgt ervoor dat men homoseksualiteit accepteert zolang men er maar niet zelf mee geconfronteerd wordt. Heteronormativiteit is een term waarbij men denkt dat iedereen heteroseksueel is. Het personeel werkzaam in woonzorgcentra gaat er nog te vaak vanuit dat er geen homoseksualiteit bij hun bewoners is. Zij zijn weinig bereid om een open klimaat te creëren ten aanzien van LHB-ouderen en vinden dat LHB-ouderen zich moeten aanpassen aan de medebewoners en de normale gang van zaken. Door deze heteronormativiteit blijven LHB-ouderen vaak onzichtbaar en ontwikkelen zij een negatieve anticipatie en geïnternaliseerde homofobie (Godemont, Dewaele & Breda, 2004).

Deze geïnternaliseerde homofobie zorgt ervoor dat LHB-ouderen zich voorbereiden op de heteronormativiteit van de maatschappij. Zij verwachten dat ze waarschijnlijk negatieve reacties gaan krijgen als ze uitkomen voor hun geaardheid. Zelfs zonder dat er echt sprake zou zijn van discriminatie gaat men zich gedragen alsof er reeds discriminatie is (Roze50plus, 2010).

Uit verhalen van LHB-ouderen komt enerzijds naar voor dat er sprake is van klassieke homonegativiteit omwille van het denkbeeld van vorige generaties. Homoseksualiteit is een zonde, onaanvaardbaar en vies. Anderzijds is er de moderne homonegativiteit wat betekent dat homoseksualiteit aanvaard wordt zolang men zich er niet expliciet naar gedraagt en daardoor zou opvallen. Het onderscheid in deze schijntolerantie wordt zelfs onder LHB-ouderen waargenomen (Gits, 2015).

Vaak voelen LHB-ouderen zich niet geaccepteerd in een woonzorgcentrum. Algemeen blijkt dit onderwerp moeilijk bespreekbaar voor verpleegkundigen, heteroseksuele ouderen én LHB-ouderen. In woonzorgcentra doen zich situaties voor die meestal onbewust en automatisch gekleurd zijn vanuit de heersende norm van heteroseksualiteit. Dit kan pijnlijke misverstanden of veronderstellingen tot gevolg hebben, bijvoorbeeld een verpleegkundige die denkt dat een man op de foto, in de kamer van een mannelijke bewoner, de zoon of de neef is van die bewoner, terwijl deze in feite de partner is (Leyerzapf, Visse, de Beer & Abma, 2013).

5.2.2 Een generatie iets

Generatieverschillen spelen een rol in de beeldvorming over homoseksualiteit. Vele ouderen die nu in woonzorgcentra verblijven zijn geboren in het interbellum, de periode tussen de eerste en de tweede wereldoorlog. In deze tijd werd homoseksualiteit gezien als een taboe (Van Delft, 2014).

Tot in 1973 werd homoseksualiteit nog beschreven als een psychische ziekte in de DSM II en eveneens was het een zonde voor de kerk (Van Delft, 2014). De Wereldgezondheidsorganisatie schraptte pas in 1990 homoseksualiteit als geestesziekte. Anno 2010 werd homo-emancipatie wettelijk geaccepteerd (Leyerzapf et al., 2013).

De beeldvorming, gevormd in hun jeugd, zorgt er nu voor dat homoseksuelen vaak een negatief beeld van zichzelf hebben. Velen verbergen daardoor hun geaardheid en zijn getrouwd om "gewoon" te kunnen zijn (Leyerzapf et al. 2013). De groep ouderen die geboren zijn vóór de tweede wereldoorlog durven minder uit te komen voor hun homoseksuele gevoelens waardoor de overgrote groep "in de kast" blijft. Zij hadden angst om uitgesloten te worden en vreesden voor negatieve reacties. Er werd niet over dit thema gesproken en daardoor bleven deze ouderen onzichtbaar voor de maatschappij. De groep ouderen die na de tweede wereldoorlog zijn geboren kregen te maken met een grotere maatschappelijke acceptatie waardoor deze groep zich meer zichtbaar kon maken (van Delft, 2014).

Opvattingen rond homoseksualiteit bij 75-plussers zijn meer sceptisch en afkeurend en zij vinden homoseksualiteit meer een taboe en een privézaak, terwijl de generatie tussen 55 en 75 jaar hier meer open voor staat. Deze generatie is opgegroeid in de jaren 60 en deze tijd staat bekend als een tijd met grotere individuele, politieke en seksuele vrijheid. Deze jongere generatie is mede door hun achtergrond minder bereid om hun homoseksualiteit (alsnog of terug) te verzwijgen van het moment dat ze in een woonzorgcentrum terecht komen (Leyerzapf et al., 2013).

Uit een recent onderzoek van Kuyper, Verbeek-Oudijk & van Campen (2018) komt naar voren dat 82% van de bewoners die in een woonzorgcentrum wonen geen medebewoner kent die homoseksueel is, 9% geeft aan het niet te weten.

De jongere generatie ouderen wordt in de toekomst ook meer zorgafhankelijk en gaat beroep moeten doen op zorginstellingen. Deze generatie heeft een meer open houding wat betreft hun seksuele voorkeur. Meer nog: zij hebben gevochten voor erkenning en acceptatie. Het logische gevolg is dat er dan juist meer bespreekbaarheid gaat zijn over dit thema in zorginstellingen. Op een gegeven moment wordt het zelfs "gewoon" gevonden (Leyerzapf et al., 2013).

5.2.3 Verre afstand tussen mensen en mensen

LHB-ouderen hebben meer te maken met eenzaamheid en sociaal isolement dan hun heteroseksuele leeftijdsgenoten (Kluit, 2012). Drie factoren kunnen mede aan de basis liggen:

- LHB-ouderen hebben minder vaak een vaste relatie en (klein-) kinderen;
- zij hebben een kleiner sociaal netwerk;
- zij nemen minder vaak deel aan sociale activiteiten (Kluit, 2012).

Verder krijgt deze doelgroep meer te maken met psychosociale problemen omwille van discriminatie tegenover homoseksualiteit in het verleden en heden. LHB-ouderen liggen vaker in conflict met hun eigen waarden en normen wat resulteert in het verbergen van hun geaardheid. Door deze onzichtbaarheid lopen zorgafhankelijke LHB-ouderen vaker specifieke zorg mis (Kluit, 2012).

Door de heersende heteronorm kunnen LHB-ouderen zich buitengesloten voelen door hun leeftijdsgenoten. Bovendien hebben zij behoefte aan gevoelsgenoten zodat ze kunnen zijn wie ze zijn, en niet moeten doen alsof (Leyerzapf, Klokgieters, Ghorashi & Broese van Groenou, 2017).

Tevens kan de verandering bij opname van zelfvoorzienend naar hulpbehoevend leiden tot eenzaamheid en isolement. Vaak is het aanbod voor LHB-ouderen in een zorginstelling niet of te weinig aanwezig (Van Delft, 2014). Eén op de vier homoseksuele ouderen vreest dat er minder inhoud kan worden gegeven aan hun seksuele voorkeur bij (meer) zorgafhankelijkheid. De helft van de LHB-ouderen hebben de ervaring of verwachting dat zorgverleners niet goed omgaan met homoseksualiteit. Een kwart van de LHB-ouderen in Nederland verwacht dat zorgverleners bevooroordeeld zullen reageren en dat ze minder vaak zullen worden aangeraakt door zorgverleners (Fokkema, 2012).

5.2.4 Wat willen LHB-ouderen

Een groot deel van de LHB-ouderen geeft aan dat ze behoefte hebben aan een woonvoorziening waar de helft van de bewoners homoseksueel is en de andere helft heteroseksueel. Hierdoor verwachten deze ouderen meer respect en verdraagzaamheid alsook ruimte om voor hun seksuele behoeften uit te komen (Fokkema, 2012). Ander onderzoek van Mahieu, Cavolo & Gastmans (2018) geeft aan dat LHB-ouderen zelf het type instelling willen kiezen waar ze naartoe gaan. LHB-ouderen willen geen voorkeursbehandeling maar wel een gelijkwaardige behandeling waar oog en erkenning is voor specifieke noden en bezorgheden.

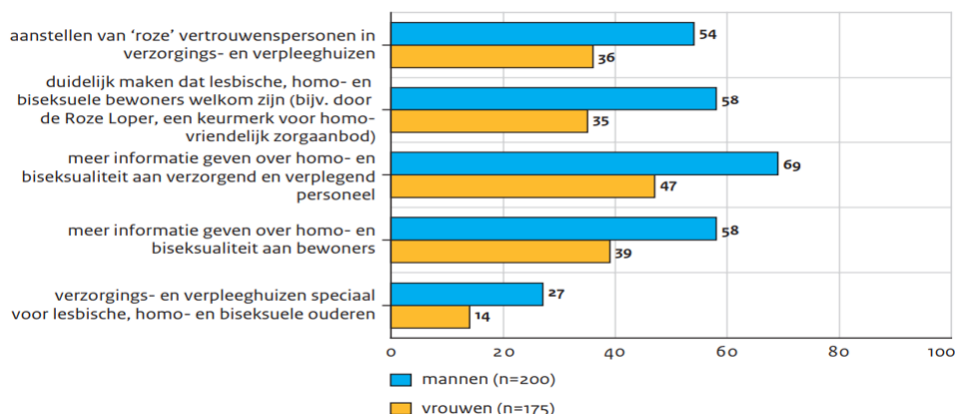
Het merendeel van de LHB-ouderen geeft aan de voorkeur te geven aan een homovriendelijke zorginstelling. Sociale ondersteuning, de behoefte om met gelijkgestemden te wonen en veiligheid geven zij aan als belangrijkste factoren. Erkenning en acceptatie is de grootste voorwaarde, niet zozeer het apart wonen (kluit, 2012).

Daarnaast is er de behoefte aan meer zichtbaarheid en een omgeving waar zij openlijk voor hun geaardheid kunnen uitkomen. *"We willen zijn wie we zijn, gerespecteerd in onze eigenheid. Wij hebben geen andere verzorging nodig, we zijn net als andere mensen, wij zijn mens, maar we willen dat jullie weten dat wij er zijn"* (Kluit, 2012).

Verder hebben LHB-ouderen nood aan informatie rond homovriendelijke zorg en diverse activiteiten hieromtrent die de voorzieningen geven (Fokkema, 2012).

Zowel hetero- als homoseksuele ouderen geven aan dat zij zich vooral thuis en veilig willen voelen in een woonzorgcentrum. Zij hebben behoefte om open en oprecht te kunnen communiceren over persoonlijke waarden en normen (Leyerzapf et al., 2013). Het gaat niet over de inhoud van de zorg, maar veeleer de context waarin deze wordt gegeven. Door de juiste bejegening voelen LHB-ouderen zich meer thuis en veilig (Fokkema, 2012).

Onderstaande grafiek geeft aan dat een aanzienlijk grote groep LHB-ouderen vindt dat er aandacht moet zijn voor LHB-sensitiviteit in verzorgings- of verpleeghuizen. Informatie aan verzorgend en verplegend personeel wordt als meest belangrijk gevonden (Van Lisdonk & Kuyper, 2014).



Figuur 5.1: Mening over maatregelen wat betreft seksuele diversiteit in woonzorgcentra.

Noot: Van Lisdonk J. & Kuyper, L. (2014). *55-plussers en seksuele oriëntatie: ervaringen van lesbische, homoseksuele en heteroseksuele 55-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Gevonden op het internet op 5 april 2018:

https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/55_plussers_en_seksuele_ori_ntatie

Belangrijk om mee te nemen uit voorgaande informatie is dat ook in de groep LHB-ouderen individuele wensen en behoeften heersen. Daarom is het nodig om oog te hebben voor persoonsgerichte zorg en het levensverhaal van elke LHB-zorgvrager.

De elementen in onderstaande figuur zijn belangrijk te weten als verpleegkundige om tegemoet te komen aan de noden van LHB-ouderen. Bewustwording en kennis zorgt voor kwaliteitszorg zodat het welbevinden en de levenskwaliteit van LHB-ouderen in een zorginstelling wordt verhoogd.



Figuur 5.2: Verwachtingen, behoeften en noden van LHB-ouderen in een zorginstelling.

5.3 Verpleegkundigen en hun aard der gedachten

Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in de zorg voor ouderen in een zorginstelling. Zij gaan dagelijks om met deze ouderen en komen meestal in aanraking met vragen of problemen rond intimiteit en seksualiteit. Hierdoor zijn zij vaak de eersten van wie een reactie wordt verwacht, ook al zijn ze vaak onvoorbereid (Zorgnet-icuro, 2015).

De attitude van verpleegkundigen bepaalt in grote mate hoever de (on)zichtbaarheid van LHB-ouderen reikt en wat de gevolgen voor deze doelgroep zijn. In hoofdstuk 3 werd reeds ingegaan op de attitude bij verpleegkundigen. Omwille van het belangrijke verband tussen enerzijds de attitude en anderzijds zorg op maat wat betreft seksuele diversiteit, wordt verder de focus gelegd op het ontstaan van attitudes bij verpleegkundigen.

5.3.1 Gedachtenoorsprong bij verpleegkundigen

Als verpleegkundige wordt er getracht om op een kwaliteitsvolle manier zorg op maat te geven. In het kader daarvan is het ook belangrijk om regelmatig ethische reflecties te maken en bewust na te denken over zichzelf, anderen, de relatie en de relatie in het groter geheel. Op die manier kan er een open ruimte gecreëerd worden waar oog is voor de specifieke behoeften en noden van LHB-ouderen. Om deze bewustwording teweeg te brengen wordt er verder ingegaan op het ontstaan van en mogelijke invloeden op gedrag en houding.

Verpleegkundigen zijn werkzaam in de gezondheidssector. Tegelijkertijd maken zij ook deel uit van de samenleving. Vanuit die samenleving worden een aantal waarden en normen eigen gemaakt, alsook groeperingen. Verpleegkundigen laten zich leiden door een aantal waarden waarvan de belangrijkste zijn vastgelegd in een 'ethische code' (Stapel & Keukens, 2009). Deze code bevat waarden en normen die een richtlijn vormen voor de verpleegkundige praktijk. Het naleven van deze richtlijn wordt verwacht als minimumvereiste in de beroepsuitoefening van verpleegkundigen (Federale overheidsdienst, s.a.). Er is echter voortdurende discussie over medische ethiek waaruit men kan opmaken dat ethiek geen statistisch gegeven is. Bovendien is het noodzakelijk om voortdurend na te denken over de razendsnelle ontwikkelingen en de ethische consequenties daarvan (Stapel & Keukens, 2009).

Er is een zekere vrijheid van waarden in de manier waarop verpleegkundige zorgverlening wordt omschreven: de behoefte van de zorgvrager staat centraal en vanuit de eigen deskundigheid probeert de verpleegkundige daar een antwoord op te geven. Volledig waarde vrij kan men als zorgverlener echter niet zijn. Het kiezen voor het verpleegkundig beroep zegt al iets over de achterliggende waarden. In de manier waarop een verpleegkundige zijn of haar beroep beoefent spelen waarden ongetwijfeld een rol. Verplegen vindt plaats in een maatschappelijke context en is niet enkel afkomstig vanuit een bepaalde laag van de bevolking maar ook van persoonlijke en lichamelijke kenmerken (Stapel & Keukens, 2009).

Een verpleegkundige gaat vaak oordelen op eerste indrukken. Aan de hand van deze eerste indrukken wordt er bepaald wie de ander is. Dit kan leiden tot een neiging om anderen in te delen in categorieën. Daarnaast worden er door verpleegkundigen zelf eigenschappen toegekend aan die categorieën, een soort "etiketteringsproces". Daarbij speelt de omgeving een grote rol. Bepaalde eigenschappen krijgen een positieve lading, andere een negatieve lading. Dit wordt een stigma genoemd (Stapel en Keukens, 2009). Stapel en Keukens (2009) maken volgend onderscheid in stigmata:

- lichamelijke gebreken en afwijkingen (bijvoorbeeld amputaties);
- ongewenst beschouwde karaktertrekken (bijvoorbeeld homoseksualiteit);
- collectieve stigmata (bijvoorbeeld een bepaalde religie).

Voor de betrokken zorgvrager kan dit verregaande gevolgen hebben. Men kan hierdoor in een maatschappelijk isolement terechtkomen of zelf volledig uitgesloten worden. Door stigmatisering kan één kenmerk uitvergroet worden en een enorme betekenis krijgen (Stapel & Keukens, 2009).

Homovriendelijke zorg is essentieel om te voldoen aan de wettelijke en ethische verplichtingen om een veilig en geschikt leefklimaat te creëren voor LHB-ouderen (Neville, Adams, Bellamy, Boyd & DClinPsy, 2015). Als men de persoonlijke waarden laat triomferen bestaat het risico dat er niet met dezelfde waardigheid wordt verzorgd en dat er ongelijkheid wordt gecreëerd. Dit brengt spanningen teweeg (Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Golden, Emler & Hooyman, 2014).

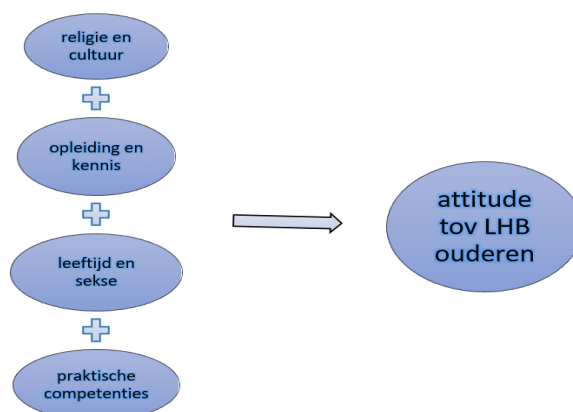
5.3.2 Struikelblokken in LHB-denken

Met de jaren is in onze cultuur de homotolerantie toegenomen, maar het gaat hier vaak om de "politiek correcte" tolerantie. Als homoseksualiteit op afstand blijft is het goed, maar zodra het dichterbij komt is men meer afwijzend. De religie, opleiding, sekse, leeftijd en cultuur spelen ook een duidelijke rol in de acceptatie van homoseksualiteit (Van Delft, 2014). Ouderen, mannen, religieuzen, lager opgeleiden en allochtonen (vooral van Marokkaanse en Turkse origine) blijken meer moeite te hebben met homoseksualiteit dan andere bevolkingsgroepen (Fokkema, 2012).

De onzichtbaarheid van deze doelgroep zorgt er eveneens voor dat verpleegkundigen een gebrek aan kennis hebben wat betreft homovriendelijke voorzieningen en de gezondheidssituatie bij LHB-ouderen. Dit kan resulteren in een soort handelingsverlegenheid bij verpleegkundigen in de omgang met LHB-ouderen (Leyerzapf et al., 2017). Mede door het gebrek aan kennis is er nauwelijks aandacht voor het omgaan met andere normen en waarden wat betreft seksuele diversiteit in de zorg (Meijssen, 2016).

Verder ervaren verpleegkundigen een gebrek aan praktische competenties zoals het bespreekbaar maken of het bespreken van seksuele diversiteit. Er is een haperende communicatie met LHB-ouderen en hun naasten, enerzijds door angst om iets verkeerd te doen/zeggen, anderzijds door vooroordelen en ongemak onder zorgprofessionals. Vanuit de verpleegkundige invalshoek wordt er vaak gesuggereerd dat seksuele diversiteit geen prioriteit heeft door gebrek aan tijd, geld en andere zaken die voorrang krijgen (Leyerzapf et al., 2017).

Onderstaande figuur geeft een samenvatting van alle factoren die, naast de persoonlijkheid, een invloed kunnen hebben op de attitude van verpleegkundigen wat betreft LHB-ouderen.



Figuur 5.3: Factoren die een invloed hebben op de attitude van verpleegkundigen in het al dan niet accepteren van homoseksualiteit.

De professionele waarden dienen de boventoon te voeren ten opzichte van persoonlijke waarden om kwaliteitsvolle zorg te verlenen. Toch blijken verschillende overtuigingen bij verpleegkundigen dit moeilijk te maken (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

5.4 Enkele initiatieven ten voordele van LHB-ouderen

In België zijn er meer dan 125 verenigingen voor holebi's en transgenders actief. Slechts vijf van deze verenigingen leggen ook een focus op senioren in een chronische zorginstelling (De Sutter, 2018). Enkele Belgische initiatieven en één Nederlands project worden verder besproken.

5.4.1 De Roze Loper

De Roze Loper is een Nederlands initiatief dat uitgaat van vier landelijke organisaties die samenwerken in het Consortium Roze 50+ Nederland. Dit samenwerkingsverband richt zich op senioren en homoseksualiteit in het hele land en zij streven ernaar om de situatie van LHB-ouderen te verbeteren (Movisie, 2012).

Het doel van dit project is het bevorderen van de sociale acceptatie van LHB-ouderen in de zorg. Zij maken gebruik van een tolerantiescan (zie bijlage 2) die de LHB-acceptatie in zorginstellingen op basis van vijf thema's meet en daarmee een beeld geeft in hoeverre hun aanbod aansluit bij de seksuele diversiteit van hun bewoners (Linschoten & Boers, 2014). De tolerantiescan is in handen van KIWA: dit is een onafhankelijke kwaliteitsorganisatie die gespecialiseerd is in certificeringstrajecten die van toepassing zijn in de zorg (Kluit, 2012).

De tolerantiescan meet LHB-vriendelijkheid op een objectieve manier, en baseert zich op volgende criteria:

- respect en openheid;
- waarborging en privacy;
- aandacht en training in omgaan met seksuele diversiteit;
- gelijke behandeling van partners;
- zorgvuldigheid in de omgang met seksuele diversiteit (Linschoten & Boers, 2014).

De visie achter de Roze Loper is een bewustmaking van diversiteit en het ingaan op veranderingstrajecten in de organisatiecultuur én dit tevens te verbinden in beleid en activiteiten. Enkel op deze manier kan er een visie gecreëerd worden waar de juiste aandacht en zorg wordt gegeven aan LHB-ouderen (Linschoten & Boers, 2014).

De voorbereiding om een Roze Loper certificaat te behalen is een cultuurveranderingsproject. Het gaat niet enkel om het vergaren van concrete kennis maar ook bewustwording, ontwikkeling en visievorming van zowel de zorgverleners als de organisatie (Kluit, 2012).

Het doel van dit cultuurveranderingstraject is om LHB-vriendelijkheid in zorginstellingen te vergroten en deze evenzeer zichtbaar te maken voor de omgeving. Dit traject bestaat uit een toolkit met verschillende instrumenten zoals trainingen voor professionals, advies en ondersteuning door Roze50+ ambassadeurs. Men wil door middel van kennis en bewustmaking bij zorgverleners een meer open cultuur creëren, een cultuur waarin men respect en een open bejegening nastreeft (Meijssen, 2016).

Organisaties die een hoge score behalen op de tolerantiescan en een goed beleid hebben voor LHB-ouderen krijgen een Roze Loper, een symbolische roze sleutel (Movisie, 2012). De eerste Roze Loper werd in 2010 uitgereikt aan een zorgcentrum in

Amsterdam (Fokkema, 2012). Anno 2016 waren er ruim 100 Roze Loper instellingen voor ouderen in Nederland en twee in Duitsland (Meijssen, 2016).



Figuur 5.4: Certificaat de Roze Loper

Noot: Kenniscentrum Multiculturele Ouderenzorg. (2012). Gevonden op het internet op 23 april 2018: http://multiculturele-ouderenzorg.nl/wp-content/uploads/2013/10/Kiwa_tolerantiescan.pdf

5.4.2 Vzw KliQ

Vzw KliQ is een Belgische vormingsorganisatie met expertise in seksuele diversiteit en genderdiversiteit in verschillende sectoren, waaronder ook ouderenzorg. KliQ is tevens een partnerorganisatie van Het Roze Huis, çavaria Antwerpen vzw. Dit is een grote koepel van meer dan 120 aangesloten verenigingen die instaan voor gelijke kansen en rechten voor holebi's en transgenders (KliQ vzw, s.a.).

Op vraag van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is de Vlaamse Overheid in samenwerking met KliQ en andere koepelorganisaties een project gestart onder de vorm van studiedagen, genaamd "Tachtig tinten". Dit project is erop gericht om personeel en kaderleden van woonzorgcentra te informeren en te sensibiliseren wat betreft de positie en noden van LHB-ouderen. Zij trachten woonzorgcentra aan te moedigen om rond dit thema een inclusief beleid te ontwikkelen (KliQ vzw, s.a.).

Tijdens deze studiedag verwerven de deelnemers inzichten om na te gaan in hoeverre hun zorg- en ondersteuningsaanbod aansluit bij de nood van LHB-ouderen. Tevens wil men tijdens deze studiedag handvaten aanreiken om een inclusief luik diversiteitsbeleid op te nemen in hun organisatie. In januari 2017 is er een eerste succesvolle studiedag met 170 deelnemers georganiseerd in het VAC in Gent. Deze studiedag was vooral gericht naar directie- en kaderleden. Op 19 april 2018 vond een tweede studiedag plaats waarbij onder meer de resultaten werden gepresenteerd. Zes woonzorgcentra kregen een trajectbegeleiding door KliQ om in de dagdagelijkse praktijk aan de slag te gaan met LHB-problematiek en sensibilisering (KliQ vzw, s.a.).

5.4.3 Janus

Janus is een werkgroep die is aangesloten bij Het Roze Huis – çavaria Antwerpen vzw. Deze werkgroep is ondertussen opgegaan in een groter geheel van regenboogambassadeurs en zij willen uitbreiden naar zoveel mogelijk gemeenten in België. Dit netwerk bestaat uit een groep ervaringsdeskundige vrijwilligers (regenboogambassadeurs) die zich inzetten voor een holebi- en transgendervriendelijk beleid in de professionele ouderenzorg. Dit doen zij door ondersteuning te geven aan zorgorganisaties, zorgteams en senioren. Tevens organiseren zij activiteiten voor studenten in de zorgopleiding. De doelstelling van deze werkgroep is om het welzijn van LHB-ouderen te vergroten en de ouderensector sensitief te maken omtrent de specifieke noden van deze doelgroep. Deze regenboogambassadeurs streven naar de

creatie van openheid voor een brede diversiteit in zorginstellingen (regenboogambassadeurs, s.a.). Activiteiten die werkgroep Janus organiseert zitten in bijlage 3.

5.4.4 Tour d'Amour

Een ander initiatief om LHB-ouderen in zorginstellingen meer zichtbaar te maken is de Tour d'Amour. De Tour d'Amour wil met behulp van schrijfster Eveline van de Putte en haar boek "*Stormachtig stil*", levensverhalen van roze ouderen, de kloof van taboes en onwetendheid overbruggen door de dialoog aan te gaan over seksuele diversiteit. Dit zowel met (vrijwillige) medewerkers uit de zorg en hun bewoners, maar ook met studenten, migranten- en welzijnsorganisaties. Zij toert voornamelijk in Nederland maar in februari 2018 heeft zij voor de eerste maal in België gesproken (van de Putte, s.a.).

5.5 Leidraad voor zorgverleners

Momenteel is seksuele diversiteit bij ouderen nog redelijk onzichtbaar maar deze vorm van diversiteit zal in de toekomst meer en meer zichtbaar worden. Het is belangrijk om als verpleegkundige hier bewust van te zijn, evenals het feit dat zowel hetero- als homoseksuele ouderen behoefte hebben aan seksualiteit en intimiteit. Het creëren van een omgeving en attitude waar oog is voor veiligheid en privacy is onontbeerlijk om zorg op maat te bieden en zo de levenskwaliteit te verhogen bij deze doelgroep (Kuyper et al., 2018).

Om ethisch verantwoorde en goede zorg te geven moet men als verpleegkundige rekening houden met vier morele principes/waarden, namelijk:

1. respect voor autonomie: er dient zoveel mogelijk respect te zijn voor de wensen van de zorgvrager;
2. niet-schaden: niets doen wat schade kan berokkenen;
3. weldoen: het bevorderen van het welzijn van de zorgvrager, inclusief beschermen van het leven;
4. rechtvaardigheid: rechtvaardig wat betreft de toegang tot zorg en de verdeling van middelen (Verkerk, 2016).

In de zorg voor LHB-ouderen is het als verpleegkundige eveneens nodig om volgende doelen voor oog te houden:

- zich bewust zijn van de psychische en sociale problemen waar LHB- ouderen mee te maken kunnen hebben in zorgsituaties;
- een positieve houding aannemen ten aanzien van seksuele diversiteit;
- aandacht hebben voor uitsluiting en/of pesten en het bevorderen van een tolerant klimaat in de zorginstelling (bijvoorbeeld neutrale aanspreekvormen);
- aandacht in het activiteiten aanbod van de zorginstelling waar voldoende oog is voor seksuele diversiteit (Meijssen, 2016).

Zoals eerder werd vermeld, worden waarden en normen mee beïnvloed door cultuur en andere factoren. Dit is onlosmakelijk verbonden met de houding/attitude die verpleegkundigen aannemen. Daarom is het essentieel om de eigen opvattingen en overtuigingen regelmatig te beoordelen en na te gaan hoe de juiste attitude kan zorgen voor competente en onpartijdige zorg (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Een positieve attitude van de verpleging ten opzichte van LHB-ouderen in een zorginstelling zorgt voor een groter welbevinden en een betere levenskwaliteit. Enkele belangrijke tips die de verpleegkundige kan hanteren voor een open klimaat zijn de volgende:

- Zorg dragen voor het leefklimaat en een positieve beleving van de zorgvrager. Dit betekent ook dat bepaalde uitingen van seksueel gedrag kunnen gesteld worden zonder dit een negatieve impact heeft op het leefklimaat binnen de organisatie (zorgnet-icuro, 2015).
- Het respecteren van de privacy van bewoners en bezoekers is essentieel als verpleegkundige: zorgen voor een respectvolle houding en behoedzaam blijven voor privacygevoelige zaken. Een verpleegkundige moet informatie meedelen die gefocust is op de privacy en de autonomie zonder deze te schaden. Sensatiezucht dient vermeden te worden. De waardigheid en integrale noden zijn een uitgangspunt. Een open (onbevooroordeelde), respectvolle en ontvankelijke houding aannemen tegenover LHB-ouderen is erg belangrijk voor zorg op maat (zorgnet-icuro, 2015).
- Als verpleegkundige is het noodzakelijk om gedrag niet meteen als ongepast te beschouwen. Het is essentieel om de eigen vooronderstellingen en verwachtingen tussen haakjes te kunnen plaatsen. Enkel zo kan men de nodige openheid tonen voor de ervaring en de achtergrond van de bewoner. Zo worden er kansen gecreëerd voor een persoonsgerichte houding ten aanzien van de seksuele expressie van de bewoner. Eveneens is het voor de verpleegkundige nodig om de eigen psychische, fysische, sociale en morele integriteit te beschermen. Persoonsgerichte zorg kan enkel worden nagestreefd als de cultuur van de gehele organisatie is gericht op ondersteuning van de zorgverleners (zorgnet-icuro, 2015).
- Elke LHB-oudere heeft zijn eigen verwachtingen en behoeften. Vaak is het dus niet wenselijk om vaste regels op te stellen en zo een thuisgevoel en veiligheid te creëren. Het gaat om persoonlijke gevoelens en emoties. Daarom is het essentieel als verpleegkundige om elke LHB-oudere als uniek te beschouwen en niet te veralgemenen (zorgnet-icuro, 2015).
- Tevens is het als verpleegkundige belangrijk om stil te staan bij de levensloop van de LHB-oudere. Elke LHB-oudere heeft andere noden, onder andere door historische gebeurtenissen (generatieverschillen), sociale structuren en culturele factoren. Het kennen van de (sociale) identiteit en ervaringen is belangrijk om deze individuele levenservaringen vorm te geven en zo zorg op maat te bieden (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Samengevat zijn kennis, vaardigheden en attitudes drie centrale componenten in de kwaliteitszorg voor LHB-ouderen. Deze drie componenten zijn fundamenteel voor het wegnemen van belemmeringen en om toegang te krijgen tot kwaliteitsdiensten en gekwalificeerd personeel (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Deze componenten zijn eerder in hoofdstuk 3 meer uitgewerkt in ruimere context.

5.6 Aanbevelingen

De aanbevelingen voor LHB-vriendelijke zorg richten zich op drie aspecten:

- kennis;
- vaardigheden, gecombineerd met de houding van professionals zoals omgangsvormen en de juiste bejegening (bijvoorbeeld aandacht voor vertrouwelijkheid, uitsluiten van discriminatie, hanteren van neutrale aanspreekvormen...);
- beleid, cultuur en structuur van de organisatie (Leyerzapf et al., 2017).

Een doeltreffend middel om bij verpleegkundigen en zorgvragers een open houding te creëren is het trainen van het personeel op seksuele diversiteit. In deze trainingen wordt er kennis verspreid over dit thema samen met het levensverhaal van LHB-ouderen. De sensitiviteit van zorgverleners wordt zo vergroot voor enerzijds risicofactoren (zoals discriminatie) en anderzijds knelpunten die specifiek met homoseksualiteit te maken hebben. Hierdoor zijn zorgverleners zich meer bewust dat homoseksualiteit bestaat en zo worden specifieke wensen en behoeften van LHB-ouderen sneller gesignaleerd. Er zal een meer open sfeer ontstaan waardoor de aanwezigheid van LHB-ouderen wordt erkend en herkend. Door deze attitude wordt er rekening gehouden met verschillen tussen mensen, inclusief seksuele diversiteit (Fokkema, 2012).

Binnen de zorgopleiding is het essentieel dat er meer aandacht komt voor seksuele diversiteit in de zorg (Fokkema, 2012). Via opleiding kunnen verpleegkundigen een beter inzicht verkrijgen in de seksuele beleving van ouderen. Hierdoor kan kennis over ouderenseksualiteit en diversiteit worden versterkt waardoor verpleegkundigen zich beter bewust worden van de eigen attitudes wat betreft seksualiteit van ouderen. Capaciteiten als empathie en kritische reflectie op dit thema kunnen, via ervaringsgericht leren, worden gestimuleerd (zorgnet-icuro, 2015).

Het beleid rond seksuele diversiteit kent enkel succes als het wordt gedragen door de ganse organisatie en niet enkel als het afhankelijk is van slechts één persoon. Naast de sleutelfiguur zijn er medemensen nodig die het LHB-beleid mee bewaken en in stand houden zowel binnen als buiten de organisatie. Het opstarten van een werkgroep kan zeer effectief zijn. Een belangrijk aandachtspunt in dit beleid voor diversiteit is dat men niet té veel aandacht mag geven aan seksuele diversiteit want dit kan averechts werken. Het juiste evenwicht zoeken naar enerzijds het regelmatig zichtbaar maken en anderzijds het niet groter maken dan het is, is essentieel. Overdaad geeft meer kans op mogelijke weerstand (Meijssen, 2016). In hoofdstuk 2 werd reeds verder ingegaan op het beleid.

Een integrale benadering van kennis en bewustwording moet nagestreefd worden. Hierbij mag men de medebewoners, de heterogeneratiegenoten, niet uit het oog verliezen. Onder oudere heteroseksuelen heerst vaak nog meer onbegrip en negativiteit omwille van de onbekendheid, "onbekend maakt onbemind". Deze integrale benadering creëert een meer positieve houding ten opzichte van de directe omgeving en de maatschappij. Er zijn ook ouderen die (klein-)kinderen hebben die homoseksueel zijn en door meer kennis en bewustwording wordt de houding meer positief. Tevens kan dit naar de ganse maatschappij gelinkt worden, men geraakt meer vertrouwd met leefstijlen en er is meer begrip door deze kennisvermeerdering (Roze50plus, 2009).

Een uitdaging voor zorginstellingen is om ruimte te creëren zonder dat dit tot spanning leidt tussen heterobewoners en LHB-bewoners. Gezamenlijke activiteiten voor hetero- en homoseksuele ouderen die gericht zijn op verbinding en (h)erkenning stimuleren op een positieve manier de participatie, de bewustwording en een open klimaat (Leyerzapf et al., 2013).

5.7 Besluit

Uit deze literatuurstudie is gebleken dat de attitude van verpleegkundigen een grote impact heeft op de levenskwaliteit van LHB-ouderen.

Een open houding van verpleegkundigen voor de specifieke noden en behoeften van LHB-ouderen zorgt voor een positieve attitude waardoor LHB-ouderen meer levenskwaliteit ervaren. Volgende factoren stimuleren een positieve attitude bij verpleegkundigen wat zorgt voor LHB-vriendelijke zorg:

- bewustwording van LHB-ouderen en hun levensverhaal;
- kennis;
- (h)erkenning van specifieke noden en behoeften;
- professionele waarden en normen hanteren;
- zorgen voor privacy en veiligheid van LHB-ouderen;
- zorg verlenen met respect en openheid.

Bewustmaking en cultuurverandering bij zorgverleners zijn meer dan nodig om LHB-ouderen zorg op maat te geven. Regelmatig ethische (zelf)reflecties samen met training is erg belangrijk zodat verpleegkundigen beschikken over de juiste kennis en oog hebben voor de gevoeligheden en de juiste benadering ten opzichte van LHB-ouderen. Deze componenten staan centraal in het hanteren van een positieve attitude tegenover deze doelgroep.

Deze benadering en kennis moet onlosmakelijk verbonden worden met het beleid, de cultuur en het zorgaanbod van de ganse organisatie. Ook in de zorgopleidingen moet meer aandacht komen voor dit thema, zodat er reeds vroege detectie en herkenning is van de specifieke noden van LHB-ouderen in een zorginstelling. Door deze bewustwording, kennis en (zelf)reflecties kan men als verpleegkundige de juiste attitude aannemen waardoor zorg op maat wordt gegeven. Elk individu verdient deze zorg, ongeacht hun diversiteit.

6 HOOFDSTUK 6: HET SPEL

6.1 Inleiding

Het is een feit dat de seksuele behoeften van 65-plussers in een chronische zorgsetting vaak nog genegeerd worden. Uit de literatuur blijkt duidelijk dat er een groot kennistekort is bij verpleegkundigen. Verder blijkt er ook te weinig aandacht voor dit thema te zijn in het opleidingscurriculum. Door dit gebrek aan educatie kunnen verpleegkundigen vaak niet correct inspelen op de seksuele behoeften van de zorgvragers. Het is nochtans belangrijk dat verpleegkundigen met zorgvragers durven spreken over seksualiteit, zonder dat dit schaamte teweegbrengt. Een dergelijke benadering en aandacht voor seksuele behoeften verhoogt het welbevinden en de levenskwaliteit van zorgvragers. Aangepaste training maakt het voor verpleegkundigen makkelijker om het onderwerp "seksualiteit" aan te kaarten.

Om de boodschap uit deze bachelorproef te implementeren in de praktijk is er gekozen voor de ontwikkeling van een educatief spel dat gebruikt kan worden in enerzijds zorgopleidingen en anderzijds bij een team van verpleegkundigen die reeds in het werkveld staan. Het doel van dit spel is om op een interactieve manier het bewustzijn en de communicatie rond dit thema bij (student-) verpleegkundigen te vergroten. Bovendien zal de kennis van de deelnemers betreffende de seksuele behoeften van de zorgvragers toenemen en krijgen ze concrete handvaten aangereikt die toepasbaar zijn in de praktijk.

Als titel voor dit spel is volgende naam gekozen: "Seks: spreken is goud, zwijgen is out" gekozen.

6.2 Doel spel en doelgroep

De doelstelling van dit spel is om de reeds hierboven beschreven doelgroep bewust te maken van het taboe omtrent seksualiteit bij 65-plussers in een chronische zorgsetting. Daarnaast is het doel om de kennis te vergroten rond de seksuele behoeften en noden bij 65-plussers in zorgcentra. Deze kennis- en bewustzijnsverhoging kunnen leiden tot meer aandacht voor en een betere communicatie over dit thema en daarmee de kwaliteit van zorg door verpleegkundigen verhogen.

De deelnemers kunnen na het spelen van dit spel:

- verklaren waarom de seksuele behoeften van zorgvragers belangrijk zijn en aandacht verdienen;
- het onderwerp seksualiteit op een gepaste manier ter sprake brengen;
- pro- actief communiceren over de seksuele behoeften van zorgvragers;
- kritisch nadenken over hun eigen opvattingen en ideeën betreffende de seksuele behoeften van oudere zorgvragers.

6.3 Werking spel en spelregels

6.3.1 Materiaal in doos

- Spelbord
- Dobbelstenen
- Pionnen/magneetjes
- Opdrachtkaarten (doe-opdrachten, denkopdrachten en discussieopdrachten)
- Handleiding spelleider
- Afbeeldingen op groot formaat

6.3.2 Bijkomend materiaal dat voorzien moet worden

- Bord met krijt of stiften, indien dit niet aanwezig is papier en pen
- Magneten of kleefband om het spelbord tegen het bord te hangen (spelbord kan ook neergelegd worden op tafel)
- Papier en pen

6.3.3 Voorbereiding

- Plaats vier keer twee tafels tegen elkaar (afhankelijk van het aantal teams en de grootte van de tafels). Het is wenselijk om dit spel te spelen met minimum drie teams en maximum vier teams. Zet de tafels zo dat elk team apart zit.
- Zorg voor voldoende ruimte in het midden van het lokaal.
- Hang het spelbord tegen het bord met magneten/kleefband of leg het spelbord neer op een tafel.
- Plaats aan het spelbord een bijkomende tafel.
- Leg op deze tafel de opdrachtkaarten (denkopdrachten, doe-opdrachten en discussieopdrachten)

6.3.4 Het spelverloop

Belangrijk tijdens dit spel is dat de deelnemers dit spel spelen in een sfeer van vertrouwen en privacy.

De deelnemers worden verdeeld in (maximum) vier groepjes van drie tot vijf personen. De spelleider beslist zelf of de deelnemers mogen kiezen bij wie ze in het team zitten of niet.

Elk team neemt plaats aan één van de tafels die door de spelleider reeds zijn klaargezet.

De spelleider legt uit wat er gaat gebeuren: Er gaat een spel gespeeld worden over seksualiteit bij 65-plussers die verblijven in een chronische zorgsetting. Het aanwezige taboe wordt eventueel al reeds kort geschetst.

De spelleider legt de werking van het spel uit. Elk team mag om beurten met de dobbelsteen gooien en hun pion/magneet verzetten.

Afhankelijk van de afbeelding of kleur van het cijfer waar je pion op staat, krijg je een ander soort opdracht.



Figuur 6.1: Het spelbord

Overzicht opdrachten:

Zwart → Geen opdracht



Groen → Ga 2 plaatsen verder

Rood → Je hebt te weinig aandacht voor seksuele behoeften. Je slaagt 1 beurt over!

 → DOE

 → DISCUSSIE

 → DENK

  → Ga terug naar de plaats waar de pijl heen wijst

 → Gooi nog een keer

Figuur 6.2: Overzicht opdrachten

Laat bij het begin van het spel alle teams met de dobbelsteen gooien. Het team dat de hoogste score gooit mag als eerste starten.


Een team krijgt per opdracht maximum vijf minuten om te overleggen. Het is de bedoeling dat ook de andere teams nadenken over het juiste antwoord.

Wanneer een team een opdracht niet correct uitvoert/beantwoordt, moet het zijn pion/magneet twee plaatsen terugzetten op het spelbord. Bij alle opdrachten mogen ook kort de deelnemers van de andere teams hun mening zeggen. Bij sommige vragen is er geen "standaard" antwoord mogelijk. Dan dient de spelleider te beoordelen of het team zich ingezet heeft om de casus tot een goed einde te brengen of een voldoende goed antwoord heeft gegeven.

Het team dat het snelst bij de finish geraakt is de winnaar. Het kan gebeuren dat er door tijdgebrek geen team bij de finish geraakt. Het team dat dan het verst op het spelbord is geraakt is de winnaar.

Het afsluiten van het spel gebeurt best met een nabespreking in groep om na te gaan wat deelnemers ervan vonden en wat ze hebben bijgeleerd.

6.4 Spelopdrachten

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
<p>Doe</p> 	1	<p>Iedereen heeft eigen interpretaties van de begrippen seksualiteit en intimiteit. Dit zorgt ervoor dat elke deelnemer dit op een andere manier zal weergeven. Er is dus geen goed of fout antwoord.</p> <p>De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschreef seksualiteit in 2010 als volgt: <i>“Seksualiteit is een centraal aspect in het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren”</i> (WHO, 2010).</p>	<p>Eén groepslid tekent het begrip seksualiteit en intimiteit. De andere groepsleden geven instructies. Evalueer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vonden jullie dit moeilijk? - Hoe komt dat denken jullie? 	<p>Opdrachtkaat Bord + krijt/ stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	2	Elke verpleegkundige heeft individuele interpretaties over hoe ver de grens mag gaan wat betreft intimiteit en seksualiteit. Wat voor de ene verpleegkundige gemakkelijk is kan voor de andere een moeilijk gegeven zijn.	<p>Een nieuwe zorgvrager op je afdeling noemt je steeds schatje of zoeteke. Je vindt dit niet zo fijn. Telkens je erover wil beginnen lacht de zorgvrager dit weg: "Dat is toch niet zo erg". Toch wil je dat dit ophoudt.</p> <p>Hoe pak je deze situatie aan? Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik een ik- boodschap - Benoem concreet het gedrag - Zeg duidelijk dat je wil dat het stopt - Vraag waarom en de eventuele achterliggende behoefte - Enkele concrete voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ik vind het niet prettig dat u me steeds schatje noemt.. Wilt u daarmee stoppen? ▪ Ik voel me er ongemakkelijk bij dat u.... ▪ Ik vind het vervelend dat.... <p>(Muller-Schoof & Mouthaan, 2013)</p>	Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	3	Wat voelt comfortabel bij wie? Iemand waar je je meer bij op je gemak voelt laat je vaak dichterblijven dan iemand die je niet kent.	<p>Ga met 2 personen tegenover elkaar staan met een minimumafstand van +/- 3 meter. Om de beurt stap je naar elkaar toe. Als de persoon die stilstaat vindt dat de andere dicht genoeg is gekomen (de afstand die nog comfortabel voelt) zegt hij "stop". Dit doe je om de beurt.</p> <p>Stel jezelf nu de vragen: Ben je eerlijk geweest of heb je iemand toch net iets dichterblijven laten dan dat je comfortabel vindt?</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)
	4	Bentrott & Margrett (2016) adviseren om ouderen hun seksuele behoeften en gevoelens te bevragen bij de toelating tot de zorginstelling.	<p>Casus: Jij bent hoofdverpleegkundige. Vandaag komt een nieuwe bewoonster samen met haar dochter op intake. In het beleid van het WZC waar je werkt staat dat de seksuele behoeften van de nieuwe bewoners moeten bevestigd worden tijdens de intake.</p> <p>Hoe wil je dit concreet aanpakken? Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Dit dient op een comfortabele manier te gebeuren. Het is belangrijk dat je als verpleegkundige niet direct vraagt: "Zo mevrouw Janssen, wanneer heeft u nog seks gehad?". Hier gaat mevrouw Janssen van schrikken en ze zal niets meer durven zeggen. Het kan helpen om gebruik te maken van een "bruggetje". Met een bruggetje kan je een aanleiding zoeken om het gesprek over intimiteit en seksualiteit aan te gaan. Voorbeeld: "We vinden het in onze instelling belangrijk om te</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om anamnese + tips op te schrijven)

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>praten over intimiteit en seksualiteit met de bewoners. Is het goed voor u als ik u daar een paar vragen over stel?"</p> <p>Enkele aandachtspunten van de verpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heb respect voor de normen en waarden van de bewoner. - Hou rekening met de privacy van de bewoner. <p>(Muller-Schoof & Mouthaan, 2013)</p>	
	5	<p>Het is belangrijk dat zorginstellingen een kwaliteitsvol beleid rond seksualiteit ontwikkelen dat op maat is van zowel de hulpverleners als de zorgvragers die verblijven in de zorginstelling. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met de gegeven richtlijnen. Het is niet mogelijk om een beleid te ontwikkelen betreffende seksualiteit dat toegepast kan worden door alle chronische zorginstellingen en op alle bewoners. Elke zorginstelling, alle verpleegteams en alle bewoners zijn echter uniek. Er dient steeds na gegaan te worden wat de noden zijn van de zorginstelling, het personeel en de individuele bewoners. Enkel zo kan er een kwaliteitsvol seksueel beleid ontstaan dat de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot en tegelijkertijd de onzekerheid van het personeel reduceert.</p>	<p>Op je werkveld ben je al verschillende keren geconfronteerd met dilemma's betreffende het al dan niet ondersteunen van bewoners bij de vervulling van hun seksuele behoeften. Voorbeeld: Mag ik bewoners helpen bij het aandoen van (pikante) lingerie?</p> <p>Je zou willen dat er een duidelijk beleid zou komen waarin staat welke handelingen personeelsleden al dan niet mogen stellen. Je neemt jezelf voor om tijdens de teamvergadering te pleiten voor een duidelijk beleid. Hierbij haal je de voordelen van een ondersteunend beleid aan.</p> <p>Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Een goed beleid rond seksualiteit zorgt ervoor dat de levenskwaliteit van de bewoners vergroot en tegelijkertijd de onzekerheid van het personeel wordt gereduceerd.</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)</p>


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	6	<p>Seksueel welzijn is een integraal onderdeel van holistische zorg (Evans, 2013). Vermits seksuele interesse en expressie sterk individueel bepaald zijn, dient de oudere hierin op een geïndividualiseerde holistische benadering ondersteund te worden (Mahieu & Gastmans, 2015).</p>	<p>Je hebt de vroege dienst. Je gaat de kamer van Gust binnen om hem een ochtendtoilet te geven. Tijdens het ochtendtoilet krijgt Gust een erectie. Hoe reageer je?</p> <p>Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p>Info rol verpleegkundige: je schrikt en weet niet hoe je moet reageren, maar je gaat hierover met Gust in gesprek.</p> <p>Info rol zorgvrager: Je mist liefde, affectie en seksueel contact. Hiermee kamp je sinds je vrouw in 2010 is overleden.</p> <p>Overige studenten groep: observatoren.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>De exacte behoefte van Gust moeten worden bevraagd: Wat mist hij precies? Welke gevolgen heeft dit? De verpleegkundige dient na te gaan hoe ze Gust kan helpen bij de vervulling van zijn (eventuele) seksuele behoeften. Houd er rekening mee dat dit ook gewoon een natuurlijke ochtenderectie kan zijn. Dit mag zeker niet onderdrukt worden met medicatie.</p>	<p>Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	7	<p>Er zijn verschillende oorzaken waarom seksualiteit en intimiteit bij 65-plussers gemeden worden als gespreksonderwerpen. Zo blijkt dat verpleegkundigen zich ongemakkelijk voelen bij het onderwerp, ervan uitgaan dat deze groep seksueel niet meer actief is, ervan uitgaan dat 65-plussers geen behoefte hebben aan een gesprek hierover of simpelweg vinden dat dit onderwerp niet besproken moet worden. Anderzijds blijkt ook dat 65-plussers het onderwerp niet aankaarten, net omdat ze ervan uitgaan dat verpleegkundigen zich er waarschijnlijk ongemakkelijk bij voelen.</p> <p>Beleid op instellingsniveau is een essentieel fundament. Vanuit de visie van de instelling kunnen immers tools concreet ingepast en ingezet worden.</p>	<p>Je wil na een vroege dienst naar huis vertrekken. Je wandelt langs de kamer van Rosa. Rosa roept je haar kamer binnen. Ze vertelt je dat dat ze zonet op televisie heeft gehoord dat er hulpmiddelen zijn ter seksuele bevredigingen. Hoe reageer je?</p> <p>Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p>Info rol Roza: Je wilt een vibrator aankopen en je vraagt hiervoor advies aan de verpleegkundige. Je wilt dat de verpleegkundige je helpt bij de aankoop van een goede vibrator.</p> <p>Info rol verpleegkundige: Je weet niet wat het beleid omtrent seksualiteit toelaat. Je hebt de nodige kennis over vibrators en je wilt wel helpen, maar je bent bang dat je de regels zult overtreden.</p> <p>Overige studenten groep: observatoren.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Het is belangrijk dat de verpleegkundige dit bespreekt met collega's en nagaat wat het beleid voorschrijft. Daarnaast moet de verpleegkundige individueel bepalen wat ze wel of niet wil doen en waar men zichzelf al dan niet goed bij voelt.</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	8	<p>Verpleegkundigen zouden in staat moeten zijn om het onderwerp seksualiteit of seksuele gezondheid zonder schaamte ter sprake te kunnen brengen. Deze benadering helpt de zorgvrager om geen schaamte te voelen bij het bespreken van dit onderwerp (Evans, 2013).</p> <p>Seksueel welzijn is een integraal onderdeel van holistische zorg (Evans, 2013). Vermits seksuele interesse en expressie sterk individueel bepaald zijn, dient de oudere hierin op een geïndividualiseerde holistische benadering ondersteund te worden (Mahieu & Gastmans, 2015).</p>	<p>Bernadette is een weduwe van 85 jaar oud die sinds 5 jaar in het woonzorgcentrum verblijft. Tijdens de ochtendzorg vertelt ze jou dat ze nood heeft aan seks. Hoe reageer je? Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p>Rol verpleegkundige: Je kent Bernadette al 5 jaar en hebt in die tijd een goed band met haar ontwikkeld. Je hebt deze vraag gedurende je carrière nog nooit van iemand gekregen. Je hebt al wel eens gehoord van een organisatie die VZW Aditi heet en die seksuele begeleiding/ondersteuning geeft in woonzorgcentra. Verder weet je daar niet veel van.</p> <p>Rol Bernadette: Je weet diep vanbinnen dat je niet meer lang te leven hebt en het is je laatste wens om nog eens de liefde te kunnen bedrijven met iemand.</p> <p>De andere studenten observeren.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Het is belangrijk in dit rollenspel om aandacht te geven aan de wens van Bernadette. Volgende vragen kunnen gesteld worden: "Wat bedoel je met seks?", "Wat kan ik voor jou doen zodat jou wens volbracht kan worden?"</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)</p>


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>Het is belangrijk dat zorgverleners open kunnen communiceren over seksualiteit zonder dat dit gevoelens van schaamte naar boven brengt (Villar, Celdrán, Fabà, & Serrat, 2014). Verder is het in deze casus belangrijk dat de deelnemer zich afvraagt welke initiatieven er bestaan om de wens van Bernadette te vervullen zoals bijvoorbeeld VZW Aditi. Dit moet bespreekbaar gemaakt worden met Bernadette en het team met respect voor de privacy (iedereen die instaat voor de zorg van Bernadette is verbonden aan het beroepsgeheim).</p> <p>Uitgangspunt: Seksualiteit maakt deel uit van de holistische zorg en is een mensenrecht!</p>	
	9	<p>Het is van belang om als zorgverlener de professionele waarden en normen de bovenhand te geven om zo tot kwaliteitsvolle zorg te komen voor elk individu.</p> <p>Als verpleegkundige is het belangrijk om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een positieve houding aan te nemen ten aanzien van seksuele diversiteit, - aandacht te hebben voor uitsluiting en/of pesten en het bevorderen van een tolerant klimaat in de zorginstelling (Meijssen, 2016). - Zorg dragen voor het leefklimaat en een positieve beleving van de zorgvrager. Dit betekent ook dat 	<p>Jos is sinds zes maanden in WZC de Heideroosjes. Jos is homoseksueel en hij is hier steeds erg open over geweest. 40 jaar heeft hij samengewoond met zijn partner Karel. Sinds twee jaar is Karel overleden. Iedereen is ervan op de hoogte dat Jos homoseksueel is, maar de medebewoners discrimineren hem enorm. Als hij door de gangen wandelt hoort hij soms andere ouderen fluisteren "Daar heb je die vieze homo weer". Jos trekt zich dit erg aan, maar praat er met niemand over. Op een dag ben jij als verpleegkundige de medicatie in de eetzaal aan het uitdelen. Je staat bij Maria, en hoort haar tegen haar tafelgenoten zeggen: "Zie daar die vieze homo weer, da snapt ge toch niet dat die hier eten en verzorging krijgt. Die vieze homo zou niet geholpen mogen worden, 't is</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		<p>bepaalde uitingen van seksueel gedrag kunnen gesteld worden zonder dat dit een negatieve impact heeft op het leefklimaat binnen de organisatie (zorgnet-icuro, 2015).</p>	<p>een schande." Hoe reageer je hierop als verpleegkundige?</p> <p>Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>In deze casus is het belangrijk om in communicatie te treden met Maria, Jos en de medebewoners. Discriminatie in het woonzorgcentrum kan gewoon niet. Als zorgverlener moet je aandacht hebben voor uitsluiting en/of pesten en zo een tolerant klimaat bevorderen in de zorginstelling. Men kan eventueel voor de medebewoners een activiteit organiseren om dit thema bespreekbaar te maken zoals bijvoorbeeld een informatiesessie en trainingen met levensverhalen van homoseksuele ouderen. In deze casus is het belangrijk om persoonlijke communicatie aan te gaan met Maria. Waarom zegt zij zoets, wat weet zij van homoseksualiteit? Daarna kan men dit gaan uitbreiden naar alle medebewoners. Een gesprek met Jos is ook belangrijk, hem informeren dat hij steeds bij de zorgverleners terecht kan als hij het moeilijk heeft. De basis is om een open klimaat te scheppen voor Jos, Maria en de medebewoners. Kennis en bewustwordingsprocessen zijn hier onlosmakelijk mee verbonden.</p>	

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	10	<p>Zorg dragen voor het leefklimaat en een positieve beleving van de zorgvrager is erg belangrijk als verpleegkundige. Dit betekent ook dat bepaalde uitingen van seksueel gedrag kunnen gesteld worden zonder dat dit een negatieve impact heeft op het leefklimaat binnen de organisatie. Daarnaast is privacy erg belangrijk en sensatiezucht moet vermeden worden. Als verpleegkundige is het noodzakelijk om gedrag niet meteen als ongepast te beschouwen. Het is essentieel om de eigen vooronderstellingen en verwachtingen tussen haakjes te kunnen plaatsen (zorgnet-icuro, 2015).</p>	<p>Karel en Bert zijn beiden bewoners van WZC De zonnebloem. Karel is homoseksueel en is daar erg open over. Tegen iedereen die het horen wil vertelt hij zijn levensverhaal. Bert is sinds 20 jaar weduwnaar en is erg introvert. Hij praat weinig en al helemaal niet over zijn gevoelens. Als jij de kamer van Karel binnenkomt zie je dat hij Bert aan het kussen is. Hoe reageer je?</p> <p>Speel deze casus. De spelleider verdeelt de rollen.</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen (om tips op te schrijven)</p>
<p>Denk</p> 	1	<p>Er heersen misvattingen en mythes rond seksualiteit bij ouderen (Dominguez & Barbagallo, 2016). De belangrijkste worden in deze opdracht 'ontkracht'.</p>	<p>Zijn volgende stellingen juist of niet juist? Verklaar.</p> <p><i>"Seksualiteit bestaat niet op oudere leeftijd".</i></p> <p>Leidraad: Het komt vaak voor dat men gelooft dat seksualiteit verdwijnt met het ouder worden. Dit geloof komt vooral voor bij zorgverleners. Een studie toonde aan dat de meerderheid van ondervraagde verpleegkundigen niet geloofde dat mensen in de jaren '70 seksuele behoeften hadden.</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>"Seksuele activiteit in langdurige zorg is tegen de regels."</p> <p>Leidraad: Een studie toonde aan dat 81% van de mannen en 75% van de vrouwen seksuele lusten meldden, maar momenteel seksueel inactief waren omdat ze ervan uitgaan dat het niet mag.</p> <p>"Aangenomen dat het heteroseksueel is".</p> <p>Leidraad: Het bestaan van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender oudere volwassenen wordt vaak niet overwogen. Een studie meldde dat personeelsleden neigen naar meer negatieve opvattingen over intimiteit tussen hetzelfde geslacht.</p>	
	2	<p>Het is de taak van verpleegkundigen om te streven naar een optimale levenskwaliteit bij de patiënt. Gordon ontwikkelde een model dat het redeneren van verpleegkundigen aanstuurt. Dit model omvat 11 patronen die in voortdurende wisselwerking staan met elkaar (Gordon, 1995). Het begrip seksualiteit is één van de elf patronen van Gordon (namelijk patroon 9).</p>	<p>Er zijn 11 patronen van Gordon. Bij welk patroon hoort seksualiteit?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>
	3	<p>Seksueel geweld of seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) verwijst naar elke situatie waarin een persoon gedwongen wordt om seksuele handelingen</p>	<p>Wat is seksueel grensoverschrijdend gedrag?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		te stellen of te ondergaan tegen zijn zin. SGG kan verschillende vormen aannemen, zo kan het gaan van ongewenste seksuele opmerkingen tot ernstig lichamenteel geweld." (Hellemans & Buysse, 2013).		krijt/stiften of papier en pen
	4	<p>De attitude van verpleegkundigen wat betreft seksualiteit wordt beïnvloed door talloze factoren o.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische kenmerken (leeftijd, opleiding, religie...). - Het zelf hebben van een seksuele relatie. - Kennis. - Werkervaring... <p>(Mahieu & Gastmans, 2015)</p> <p>Seksualiteit is vaak een moeilijk bespreekbaar thema voor verpleegkundigen. Het is belangrijk dat zorgverleners open kunnen communiceren over dit onderwerp, zonder dat dit gevoelens van schaamte naar de oppervlakte brengt (Villar et al., 2014).</p> <p>De grens ligt voor ieder personeelslid anders. De ene persoon zal hier geen problemen mee hebben en de andere persoon misschien wel (Spring, 2015).</p> <p>Je eigen grens aangeven als verpleegkundige blijft belangrijk.</p>	<p>Een nieuwgevoemd koppel in het WZC wil graag "veilige seks" hebben. Graag willen zij hierbij gebruik maken van een condoom. Omwille van artrose in de handen zijn zij niet in staat om deze handeling zelf te doen. Er wordt aan jou gevraagd of je hen hierbij wil ondersteunen. Wat doe je?</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Geef steeds aan waar je eigen grens ligt, ook al ligt deze bij iemand anders hoger of lager. Misschien vindt iemand anders dit geen probleem. Je kan dit eventueel in team bespreken of met een collega.</p> <p>Bekijk ook zeker het beleid van je afdeling.</p> <p>Een vereiste is het respecteren van de privacy van je zorgvrager.</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	5	<p>Maslow geeft aan dat seksualiteit een fysiologische behoefte is die even cruciaal is als drinken en eten. De fysiologische behoeften moeten vervuld zijn alvorens de bovenliggende behoeften in de piramide vervuld kunnen worden (Maslow, 1943).</p>  <p>Studie, creativiteit, problemen oplossen, ethiek, onbevooroordeeld, jezelf kunnen zijn, zelfbewustzijn</p> <p>Status, prestige, achting, succes, zelfwaardering respect van en voor anderen,</p> <p>Liefde, vriendschap, erbij horen, genegenheid, familie</p> <p>Veiligheid, orde, stabiliteit, gezondheid, bescherming</p> <p>Ademen, eten, drinken, sex, slaap, ontspanning, beweging</p> <p>Figuur 6.3: De piramide van Maslow Noot: Sollicitatie Buddy's. (s.a.). Gevonden op het internet op 3 mei 2018: http://sollicitatiebuddys.nl/wp-content/uploads/2015/11/pyramide-van-maslow.jpg</p>	<p>Klopt deze stelling: "Seks is een basisbehoefte"?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>
	6	<p>Seksualiteit en relaties als een integraal onderdeel van het leven in de zorginstelling.</p>	<p>Vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt aangeraden om seksualiteit en relaties een integraal onderdeel te laten uitmaken van het leven in een chronische zorgsetting. Hoe zouden jullie hiervoor trachten te zorgen?</p> <p>Tips bij deze opdracht:</p> <p>Dit kan men doen aan de hand van posters, nieuwsbrieven, folders of educatief materiaal. Beelden kunnen krachtige boodschappen over brengen betreffende liefde en intieme relaties</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			(Heath, 2011). Alles wat de focus legt op kennis en bewustzijn is belangrijk.	
	7	Privacy is een vereiste in het verpleegkundig handelen.	<p>Mag informatie betreffende de seksualiteit van de bewoners, gedeeld worden met familieleden? Waarom wel/waarom niet?</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Het is niet gepast om vertrouwelijke zaken op vlak van seksualiteit te bespreken met familieleden, zonder de toestemming van de zorgvrager zelf. Zorgvragers hebben immers wettelijke rechten en medewerkers dienen zich te houden aan het beroepsgeheim (Heath, 2011). Het hebben van informatie betreffende intieme gedragingen van de zorgvragers geeft het personeel een zekere macht. Informatie- uitwisseling dient steeds op een respectvolle manier te gebeuren, waarbij de noden en de waardigheid van de oudere persoon het uitgangspunt zijn (Gastmans et al., 2015).</p>	Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	8	Een visie omtrent seksualiteit wordt best in groep uitgewerkt. Het is immers belangrijk dat de visie in grote mate gedeeld en gedragen wordt door alle betrokken partijen. Een beleid aangaande seksualiteit moet niet alle regels en afspraken toelichten. Dit kan wel eventueel toegelicht worden in het algemeen huishoudelijk reglement (Frans & Bruycker, 2012).	Jij bent in het WZC waar je tewerk bent gesteld, aangewezen als referentieverpleegkundige seksualiteit. De directie heeft aan jou gevraagd om een beleid op te stellen omtrent de seksualiteit van de bewoners. Jij wilt dit overleggen met derden. Wie ga je betrekken bij de uitwerking van je beleid?	Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	9	Chronische ziekten hebben een invloed op de seksualiteit van zorgvragers. De seksuele expressie wordt bij ouderen vaak verstoord door talloze factoren zoals gezondheidsproblemen die te wijten kunnen worden aan hun leeftijd (Mahieu & Gastmans, 2015). Bij het ouder worden neemt de prevalentie van seksuele problemen toe.	Som enkele chronische ziekten op die mogelijks een invloed hebben op seksualiteit. <u>Mogelijke antwoorden:</u> Diabetes, CVA en hart- en vaataandoeningen, reuma, gewrichtspijn, dementie, parkinson, incontinentie, astma/COPD.	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	10	Verpleegkundigen praten niet vaak met hun oudere zorgvragers over seksualiteit. Zij zien het vaak niet als prioriteit of gaan ervan uit dat ouderen niet meer seksueel actief zijn. Hierdoor wordt er bij deze doelgroep weinig of geen aandacht besteedt aan seksuele behoeften (Mendes, 2015).	Er zijn verschillende oorzaken waarom verpleegkundigen niet vaak praten over seksualiteit met de bewoners. Noem er een tweetal op. <u>Mogelijke antwoorden:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen gaan er vaak vanuit dat oudere bewoners seksueel niet meer actief zijn. - Verpleegkundigen vinden seksualiteit een onderwerp dat niet besproken moet worden. - Verpleegkundigen gaan er vaak vanuit dat de patiënt geen behoefte heeft aan een gesprek over seksualiteit. - Een gemis aan kennis en vaardigheden bij verpleegkundigen (Verstraeten, 2012). 	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	11	Kennis wat betreft seksualiteit bij ouderen is heel belangrijk om tegemoet te komen aan specifieke behoeften rond dit thema en zorg op maat te bieden.	<p>Geef enkele mogelijke vragen die je kan stellen aan de bewoner tijdens de anamnese wanneer je meer te weten wil komen over zijn/haar seksualiteits- en voortplantingspatroon.</p> <p><u>Mogelijke antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - We weten dat de medicatie die je inneemt kan leiden tot seksuele problemen of seksuele disfuncties. Om eventuele problemen voor te blijven, wil ik u vragen of u momenteel veranderingen hebt opgemerkt met betrekking tot uw seksualiteit? - Wordt uw relatie beïnvloed door de gevolgen van de medicatie? - Wilt u graag hulp voor deze gevolgen? (Eeltink, 2014) 	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	12	Gezondheidsproblemen hebben een invloed op de seksuele beleving van de zorgvrager. Alle zorgprofessionals moeten accepteren dat ook oudere mensen behoefte hebben aan seks en hiervan kunnen genieten. Als men hier rekening mee houdt kan men ook seksuele problemen effectief onderzoeken, een diagnose stellen en behandelen (Taylor & Gosney, 2011).	Welke invloed kan astma hebben op de seksualiteitsbeleving van de oudere?	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen Grote foto

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			 <p data-bbox="1070 632 1429 655">Figuur 6.4: Foto denkopdracht 12</p> <p data-bbox="1070 691 1406 715">Tips bij deze opdracht:</p> <p data-bbox="1070 754 1742 946">De bewoner zou schrik kunnen hebben dat hij een astma-aanval krijgt tijdens het hebben van seksuele betrekkingen. Als verpleegkundige kunnen we hem adviseren zijn puffer te laten gebruiken vóór het hebben van seksuele betrekkingen.</p>	
	13	<p data-bbox="439 986 1043 1177">Vele factoren zorgen ervoor dat homoseksuele ouderen die in een chronische zorginstelling verblijven weinig of niet zichtbaar zijn. Er zijn zelfs zorgprofessionals die denken dat er geen homoseksualiteit bestaat in het woonzorgcentrum.</p>	<p data-bbox="1070 986 1742 1114">Noem een mogelijke oorzaak waarom homoseksuele ouderen die verblijven in een woonzorgcentrum vaak minder zichtbaar zijn voor de omgeving.</p> <p data-bbox="1070 1153 1406 1177">Tips bij deze opdracht:</p> <p data-bbox="1070 1217 1742 1337"><i>Heteronormativiteit:</i> personeel in woonzorgcentra gaan er nog te vaak van uit dat er geen homoseksualiteit is onder hun bewoners. Door deze heteronorm blijft deze doelgroep vaker 'in de</p>	<p data-bbox="1787 986 1989 1145">Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>kast'. Zij verwachten dat ze waarschijnlijk negatieve reacties gaan krijgen als ze voor hun geaardheid uitkomen (Godemont et al., 2004).</p> <p><u>Schijntolerantie</u>: men accepteert homoseksualiteit, zolang men er maar niet zelf mee te maken krijgt en er expliciet gedrag is van homoseksualiteit (Godemont et al., 2004).</p> <p><u>Generatieverschillen</u>: Tot in 1973 werd homoseksualiteit nog beschreven als een psychische ziekte in de DSM II en eveneens was het een zonde voor de kerk (Van Delft, 2014). De Wereldgezondheidsorganisatie schrapte pas in 1990 homoseksualiteit als geestesziekte: anno 2010 werd homo-emancipatie wettelijk geaccepteerd (Leyerzapf, 2013). Dit zorgt ervoor dat de ruimte voor seksuele diversiteit bij ouderen nog beperkt is. De beeldvorming, gevormd in hun jeugd, zorgt er nu voor dat homoseksuelen vaak een negatief beeld van zichzelf hebben. Velen verbergen daardoor hun geaardheid en zijn getrouwd om 'gewoon' te kunnen zijn (Leyerzapf, et al. 2013).</p>	
	14	Generatieverschillen, heteronormativiteit, attitudes en schijntolerantie zorgen ervoor dat de omgeving zich vaak niet bewust is van de aanwezigheid van homoseksuele ouderen die verblijven in een zorginstelling.	<p><u>Individuele vraag voor het team</u>: Ken je iemand die homoseksueel is en verblijft in een woonzorgcentrum?</p> <p><u>Algemene vraag</u>: Hoeveel ouderen (65+) zijn in België biseksueel, homoseksueel en lesbische?</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		Deze opdracht draait rond het bewust worden van seksuele diversiteit bij ouderen in een chronische zorginstelling.	<p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Naar benadering zijn er 200.000 homoseksuele ouderen in België. Een deel van hen woont in één van de 78.000 woonvormen in woonzorgcentra die Vlaanderen telt (Zorg-en-gezondheid, 2017). Hoeveel LHB-ouderen er in woonzorgcentra verblijven is niet exact te bepalen omwille van de geringe zichtbaarheid van deze doelgroep. Gesteld kan worden dat 5-10 % van de ouderen homoseksueel is dus dit betekent dat een deel van hen ook in woonzorgcentra verblijft.</p>	
	15	Gezondheidsproblemen hebben een invloed op de seksuele beleving van de zorgvrager. Alle zorgprofessionals moeten accepteren dat ook oudere mensen behoefte hebben aan seks en hiervan kunnen genieten. Als men hier rekening mee houdt kan men ook seksuele problemen effectief onderzoeken, een diagnose stellen en behandelen (Taylor & Gosney, 2011).	<p>Een hartpatiënt geeft aan dat hij bang is om een hartstilstand te krijgen tijdens het beleven van seksualiteit bij zijn partner. Welke tips zou je hem kunnen meegeven?</p>  <p>Figuur 6.5: Foto denkopdracht 15</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen Grote foto

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Het is te vermijden om een grote maaltijd te nuttigen vóór het hebben van seksuele betrekkingen en de medicatie (bijvoorbeeld B-blokker) te nemen voor het hebben van seksuele betrekkingen.</p>	
	16	Homoseksuele ouderen die verblijven in een chronische zorginstelling hebben specifieke noden en behoeften. Als verpleegkundige is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden om de levenskwaliteit bij deze doelgroep te optimaliseren.	<p>Noem 3 oorzaken waar homoseksuele ouderen die verblijven in een chronische zorgsetting nood aan hebben.</p> <p><u>Mogelijke antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gelijkheid - ondersteuning - (h)erkenning - veiligheid (geen discriminatie) - zichtbaarheid - communicatie - sensitiviteit - open sfeer en open klimaat - kennis - privacy 	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	17	Een verblijf in een zorginstelling zorgt er vaak voor dat bewoners barrières ervaren in hun seksuele expressie. Institutionalisering leidt niet tot een automatische afname van de interesse in seks (Mahieu & Gastmans, 2015).	<p>Waarom kunnen ouderen zich in een woonzorgcentrum seksueel zo moeilijk uiten?</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Privacy is een heel belangrijke barrière voor het uiten van de seksuele expressie, samen met het</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>kennis- en tijdstekort van personeel. Denk maar aan bijvoorbeeld een slot op de deur, waar de meeste woonzorgcentra niet over beschikken. Bovendien is er gebrek aan communicatie wat betreft seks en seksualiteit. De inrichting van zorginstellingen is vaak onvoldoende afgestemd op de seksuele behoeften van de residenten. Daarnaast gaat de gezondheidstoestand van residenten vaak achteruit wat ook zorgt voor een belemmering van fysieke seks. Vele residenten hebben reeds hun partner verloren wat ook zorgt voor een negatieve impact op de seksualiteit (Mahieu & Gastmans, 2014).</p>	
	18	<p>Als verpleegkundige zijn er naast de professionele waarden en normen ook nog de persoonlijke waarden en normen. Elk ieders heeft een eigen mening en gevoel rond het thema seksualiteit bij ouderen. Belangrijk is om een open houding te creëren.</p>	<p>Welk gevoel geeft deze foto jullie?</p>  <p>Figuur 6.6: Foto denkopdracht 18</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen Grote foto</p>


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Iedere deelnemer mag zijn gevoelens bij deze foto weergeven. Er is geen standaardantwoord. Iedereen is anders: andere voorgeschiedenis, attitude, persoonlijkheid, ervaringen enz. Het is belangrijk dat een hulpverlener positieve gevoelens ervaart bij deze foto. Gevoelens bepalen immers gedrag.</p>	
	19	<p>Als verpleegkundige zijn er naast de professionele waarden en normen ook nog de persoonlijke waarden en normen. Elk ieders heeft een eigen mening en gevoel rond het thema seksualiteit bij ouderen. Belangrijk is om een open houding te creëren.</p>	<p>Welke gevoelens roept deze foto bij jullie op?</p>  <p>Figuur 6.7: Foto denkopdracht 19</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Iedere deelnemer mag zijn gevoelens bij deze foto weergeven.</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen Grote foto</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>Er is geen standaardantwoord. Iedereen is anders: andere voorgeschiedenis, attitude, persoonlijkheid, ervaringen enz.</p> <p>Het is belangrijk dat een hulpverlener positieve gevoelens ervaart bij deze foto. Gevoelens bepalen immers gedrag.</p>	
	20	<p>Als verpleegkundige zijn er naast de professionele waarden en normen ook nog de persoonlijke waarden en normen. Elk ieders heeft een eigen mening en gevoel rond het thema seksualiteit bij ouderen. Belangrijk is om een open houding te creëren.</p>	<p>Welke gevoelens roept deze foto bij jullie op?</p>  <p>Figuur 6.8: Foto denkopdracht 20</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>Iedere deelnemer mag zijn gevoelens bij deze foto weergeven.</p> <p>Er is geen standaardantwoord. Iedereen is anders: andere voorgeschiedenis, attitude, persoonlijkheid, ervaringen enz.</p> <p>Het is belangrijk dat een hulpverlener positieve gevoelens ervaart bij deze foto. Gevoelens bepalen immers gedrag.</p>	

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	21	<p>Een duidelijk beleid omtrent seksualiteit zorgt ervoor dat zorgvragers op begrip en steun kunnen rekenen, in plaats van gedwongen te worden om hun seksuele behoeften te negeren/verbergen. Indien medewerkers en managers de seksuele rechten van de bewoners ondersteunen, zal het huiselijk gevoel van de bewoners toenemen. Hierdoor ontstaat er een comfortabele omgeving die open staat voor seksuele expressie (Lester, Kohen, Stefanacci & Feuerman, 2016). Daarnaast geeft dit de mogelijkheid om de zorgvragers op een veilige respectvolle en waardige manier van seksualiteit te laten genieten (Quinn & Happell, 2016).</p> <p>Duidelijke richtlijnen geeft Vlaanderen echter niet aan zorginstellingen inzake een beleid betreffende seksualiteit. Enkel omtrent grensoverschrijdend gedrag zijn er duidelijke richtlijnen en verplichtingen</p>	<p>Welk percentage woonzorgcentra hadden in 2015 een schriftelijk beleid betreffende seksualiteit?</p> <p><input type="radio"/> 12%</p> <p><input type="radio"/> 34%</p> <p><input type="radio"/> 56%</p> <p>Antwoord:</p> <p>In 2015 had ongeveer 12% van de woonzorgcentra een schriftelijk beleid omtrent seksualiteit!</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
<p>Discussie</p> 	1	<p>Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) bij zorgvragers. Tijdens de verzorging hebben zorgvragers lichamelijk contact met de zorgverleners wat verwarrend kan zijn. Dit kan al gevolgen hebben voor SGG. Psychische aandoeningen en lichamelijke kunnen ook een oorzaak zijn. Een zorgvrager met dementie kan</p>	<p>Een persoon met dementie grijpt je in de poep en noemt je bij de naam van zijn overleden vrouw terwijl je langs hem wandelt om het bed op te maken. Wat is je gevoel hierbij en hoe ga je ermee om?</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		gedesoriënteerd zijn in tijd, ruimte en persoon en hierdoor ongepast gedrag vertonen (Krook & Van Straaten, 2003).	<p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>De grens ligt voor ieder personeelslid anders. De ene persoon zal hier geen problemen mee hebben en de andere persoon misschien wel (Spring, 2015).</p>	
	2	Elke verpleegkundige heeft te maken met eigen waarden en normen, zo ook wat betreft seksualiteit bij ouderen. De grens ligt voor ieder personeelslid anders. De ene persoon zal hier geen problemen mee hebben en de andere persoon misschien wel (Spring, 2015).	Je komt de kamer binnen van Marcel net op het moment dat hij een innige omhelzing geeft aan een collega. De collega begroet je, zegt gedag tegen Marcel en gaat naar buiten alsof er niets aan de hand is. Kan dit volgens jou? Wat denken de anderen?	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	3	Seksuele relaties bij bewoners met dementie zijn vaak complex. De rechten van deze zorgvragers moeten worden erkend, gerespecteerd en verdedigd. Het is niet omdat iemand de diagnose dementie krijgt, dat dit automatisch betekent dat hij/zij geen beslissingen meer kan nemen over zijn/haar seksuele activiteiten. Het is een plicht van zorginstellingen om dit individueel te bekijken en weloverwogen beslissingen te nemen zodat de autonomie en de rechten van de zorgvrager niet worden geschonden (Lester et al., 2016).	Vinden jullie dat personen met dementie nog seksueel actief mogen zijn? Waarom wel? Waarom niet?	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	4	<p>Een gebrek aan verplichtingen/voorschriften maken het voor verpleegkundigen moeilijk om over seksuele gezondheid te praten. Organisatiestructuren bepalen dus in sterke mate de mogelijkheden en beperkingen van verpleegkundigen (Klaeson et al., 2017). Door dit gebrek aan beleid ontstaan er situaties waarbij personeel op verschillende manieren gaat handelen in de praktijk, wat aanleiding geeft tot veel onzekerheid (Villar, Celdrán, Fabà, & Serrat, 2014). Gayle (2013) geeft aan dat medewerkers bij een gebrek aan beleid betreffende seksualiteit gedoemd zijn om fouten te maken.</p>	<p>Klopt deze stelling volgens jullie of niet? "Een gebrek aan beleid omtrent seksualiteit zorgt voor machteloosheid en angst bij verpleegkundigen. Bovendien zijn verpleegkundigen hierdoor gedoemd om fouten te maken."</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>
	5	<p>De seksuele behoeften van zorgvragers zijn even belangrijk als andere basisbehoeften. Het personeel moet op dezelfde kwaliteitsvolle manier hulp bieden bij persoonlijke/intieme hygiënische zorg rond seksuele activiteit, als bij andere activiteiten van het dagelijks leven (Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, Nay, & Beattie, 2014). Er moet een ondersteunende omgeving gecreëerd worden, waarbij de seksuele expressie van bewoners met een positieve attitude benaderd wordt. Hierdoor ontstaat er een veilige omgeving waarin de bewoners hun seksualiteit kunnen uiten. (Makimoto, Kang, Yamakawa, & Konno, 2015)</p>	<p>Een bewoner vraagt je om hem en zijn vrouw een intiem toilet te geven zodat zij samen intiem kunnen zijn. Ze zijn immers beiden incontinent en zijn niet meer in staat zichzelf onder de gordel te wassen. Hoe zou je je hierbij voelen? Wat doe je?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>


Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		 <p>Figuur 6.9: Gevolgen gebrek aan beleid.</p> <p>Als men als verpleegkundige niet tegemoet kan komen door persoonlijke waarden en normen dient men hiermee in communicatie te gaan met de overste/directie.</p>		
	6	<p>De focus gaat momenteel enkel naar het grensoverschrijdend gedrag, maar niet naar een algemeen (kwaliteits-) beleid aangaande seksualiteit. Dit is een gemiste kans, omdat zorginstellingen tot op heden nog steeds niet gestimuleerd worden om een goed beleid uit te bouwen omtrent seksualiteit.</p> <p>Volgens Frans & Bruycker (2012) bestaat een goed beleid uit 3 onderdelen: "een <i>kwaliteitsbeleid, preventiebeleid en reactiebeleid.</i>" Het kwaliteitsbeleid is het belangrijkste deel van het beleid, omdat dit zal bepalen of de voorwaarden voldaan zijn voor het preventie- en reactiebeleid.</p>	<p>In Vlaanderen moeten chronische zorginstellingen enkel een beleid ontwikkelen met betrekking tot (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Wat vinden jullie hiervan? Hebben jullie nood aan duidelijke richtlijnen betreffende het soort handelingen jullie al dan niet mogen stellen vb. Condoom aandoen, pikante lingerie aandoen enz.?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	7	<p>In veel zorginstellingen hebben de bewoners nog steeds niet de mogelijkheid om hun kamerdeur op slot te doen. Het ontbreken van een 'kamerslot' is een teken van het onopgeloste evenwicht tussen bescherming en veiligheid aan de ene kant en privacy en autonomie aan de andere kant (Rowntree & Zufferey, 2015).</p>	<p>Zouden jullie met je partner intiem durven zijn of seksueel contact durven hebben in een zorginstelling indien je de deur niet op slot kunt doen?</p>	<p>Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>
	8	<p>Familieleden kunnen een barrière vormen voor de seksuele expressie van de bewoners van een zorginstelling (Mahieu & Gastmans, 2015). Personeelsleden lichten vaak zonder toestemming familieleden in over de relatie van de zorgvrager. Familie kan het moeilijk hebben om de seksuele behoeften van hun ouders of grootouders te erkennen en te accepteren, vooral als de zorgvrager weduwe of weduwnaar is. Personeelsleden trachten rekening te houden met de wensen van de familie om zo problemen te vermijden. Zo worden er beslissingen genomen betreffende het seksuele gedrag van de zorgvrager, zonder rekening te houden met de mening van de zorgvrager (Villar et al., 2014).</p>	<p>Wat vinden jullie van volgende stelling: "Indien de familie van een bewoner bezwaar maakt tegen een relatie met een andere bewoner, moet de directie meteen ingrijpen om deze relatie te stoppen".</p> <p><u>Tips bij deze opdracht:</u></p> <p>De autonomie van de bewoner mag niet geschonden worden, desondanks de wil van de familie. De directie mag zich dus niet mengen in deze kwestie.</p>	<p>Opdrachtkaat Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
	9	Het begrip seksualiteit is één van de elf patronen van Gordon. Dit betekent dat het bespreken van de seksualiteit van de zorgvrager een verantwoordelijkheid is van de verpleegkundige (Jonkers, 2013).	<p>Je hoort een bewoner tegen je collega vertellen dat hij geen ochtenderectie meer krijgt nadat bij hem nieuwe medicatie is opgestart. Je collega zegt: "Dat moet je maar eens bespreken met de arts" en ze loopt verder. Wat vind je van deze reactie?</p> <p>Tips bij deze opdracht: Het is heel gemakkelijk om je bewoner door te verwijzen maar dit mag niet zomaar de eerste en enige stap zijn. Seksualiteit behoort namelijk tot de gezondheidspatronen van Gordon en is dus een item voor de verpleegkundige. Je kan hierover in gesprek gaan met de bewoner, dit zelf met de arts bespreken en informeren of er alternatieven zijn voor deze medicatie,... .</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen
	10	LHB-ouderen hebben nood aan informatie rond homovriendelijke zorg en diverse activiteiten hieromtrent die de voorzieningen geven (Fokkema, 2012).	<p>Een homoseksuele zorgvrager vraagt of er activiteiten zijn rond het thema homoseksualiteit, dit is niet het geval. Hoe reageer je en wat doe je?</p> <p>Tips bij deze opdracht: Eerst en vooral is het belangrijk om op een respectvolle manier hierover te communiceren met deze zorgvrager. Gezamenlijke activiteiten voor hetero- en homoseksuele ouderen die gericht zijn op verbinding en (h)erkenning stimuleren op een positieve manier de participatie, de bewustwording en een open klimaat (Leyerzapf, et al., 2013). Men moet wel bedacht zijn op overdaad. Teveel aandacht rond dit thema kan een averechts effect</p>	Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>hebben. Het juiste evenwicht zoeken naar enerzijds het regelmatig zichtbaar maken en anderzijds het niet groter maken dan het is, is essentieel (Meijssen, 2016).</p> <p>Het is zeker erg effectief om aan de slag te gaan in het organiseren van een activiteit rond dit thema in samenspraak met het team/directie. Voorbeelden van activiteiten zijn: reminiscentie (levensverhalen vertellen van homoseksuele ouderen en hoe de situatie vroeger was), praatuurkje rond dit thema, foto's bekijken van het levensverhaal van homoseksuele ouderen, film over homoseksualiteit... . Er kunnen ook organisaties geraadpleegd worden zoals bijvoorbeeld Janus en KliQ. Zij bieden activiteiten aan rond dit thema.</p>	
	11	<p>Het is niet gepast om vertrouwelijke zaken op vlak van seksualiteit te bespreken met familieleden zonder de toestemming van de zorgvrager zelf. Zorgvragers hebben immers wettelijke rechten en medewerkers dienen zich te houden aan het beroepsgeheim (Heath, 2011).</p>	<p>Bert is 80 jaar en verblijft sinds 6 maanden in het woonzorgcentrum waar jij werkt. Tijdens de maaltijdbedeling (Bert eet op zijn kamer) neemt hij jou in vertrouwen. Bert is 60 jaar getrouwd en zijn echtgenote woont nog thuis. Bert vertelt jou dat hij al heel zijn leven weet dat hij homoseksueel is maar dat hij is getrouwd omdat het zo hoorde volgens de normen in zijn jonge jaren. Bert zijn laatste wens is om met een man de liefde te kunnen bedrijven. Wat doe je als verpleegkundige? Licht je de familie in?</p> <p>Tips bij deze opdracht: Als zorgverlener moet je de privacy van de bewoner respecteren. Als Bert nog wilsbekwaam is</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
			<p>en er geen gevaar is voor zijn gezondheid moet men als zorgverlener zijn wens rond privacy respecteren. Wel kun je met respect actief luisteren en je kunt Bert vragen of hij hier met iemand van zijn familie over wil praten. Als dit niet het geval is kun je hem niet dwingen en jij als zorgverlener bent verplicht om de privacy te bewaren. Als zorgverlener kun je in dit verhaal informatie gaan verzamelen rond werkgroepen of organisaties die seksualiteit begeleiden/ondersteunen. Gezamenlijke activiteiten voor hetero- en homoseksuele ouderen die gericht zijn op verbinding en (h)erkenning stimuleren op een positieve manier de participatie, de bewustwording en een open klimaat (Leyerzapf, et al., 2013).</p>	
	12	<p>De Roze Loper is een Nederlands initiatief dat uitgaat van vier landelijke organisaties die samenwerken in het Consortium Roze 50+ Nederland. Dit samenwerkingsverband richt zich op senioren en homoseksualiteit in het hele land en zij streven ernaar om de situatie van LHB-ouderen te verbeteren (Movisie, 2012).</p> <p>De zichtbaarheid van homoseksualiteit/homovriendelijke zorg (zoals bijvoorbeeld een certificaat) verhoogt het bewustzijn en kennis. Bovendien voelt deze doelgroep zich meer welkom, veilig en</p>	<p>Dit is het Roze Loper certificaat dat in Nederland wordt uitgereikt aan woonzorgcentra die voldoende aandacht en een beleid hebben voor seksuele diversiteit onder hun bewoners. Dit certificaat kan men aan de deur hangen zodat de omgeving weet dat dit een homovriendelijk woonzorgcentrum is. Vinden jullie dat men in België ook moet werken met zo'n certificaat?</p>	<p>Opdrachtkaart Eventueel bord met krijt/stiften of papier en pen Grote foto</p>

Aard van de opdracht	Nr.	Omschrijving	Concrete opdracht	Hulpmiddelen
		thuis in een zichtbare homovriendelijke instelling.	 <p data-bbox="1070 544 1480 568">Figuur 6.10: Het Roze loper certificaat</p>	

6.5 Besluit

Door middel van een spel kan op interactieve wijze het bewustzijn, de kennis en de vaardigheden van (student)- verpleegkundigen vergroot worden. Er wordt aan de hand van denk- doe en discussieopdrachten kennis en bewustzijn gecreëerd wat betreft het seksuele taboe bij 65-plussers in chronische zorgcentra. Door deze interactie wordt er getracht deze kennis te integreren op het werkveld en zo aandacht te geven aan alle behoeften en noden van deze ouderen in een zorginstelling. Door deze specifieke aandacht en benadering wordt de levenskwaliteit van deze doelgroep verhoogd.

Belangrijk om mee te nemen is dat men geen standaard benadering kan hanteren of garanderen. Elke mens heeft zijn eigen waarden, normen, behoeften en verwachtingen. De verpleegkundige moet een open respectvolle houding en positieve attitude nastreven, zo ook rond dit thema. De boodschap voor (student-)verpleegkundigen is persoonsgerichte zorg op maat bieden bij elke zorgvrager.

LITERATUURLIJST

Aditi, seksualiteit en intimiteitszorg op maat. (s.a.). Gevonden op het internet op 2 mei 2018: <http://aditivzw.be/nl/>

Agentschap zorg & gezondheid (2015). *Beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag* (Omzendbrief Minister Jo Vandeuren van 30 januari 2015). Brussel.

Agentschap zorg en gezondheid (2017a). *Aantal woongelegenheden in een woonzorgcentra*. Gevonden op het internet op 9 februari 2018: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ouderenzorg>

Agentschap zorg en gezondheid (2017b). *Interpretatie van de erkennings - woonzorgcentra , rust - en verzorgingstehuizen en centra voor kortverblijf*. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Zorginspectie. Gevonden op het internet op 10 februari 2018: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/NORMINTERPRETATIES%20WZC-RVT-CVK%2029-11-2017_0.pdf

Agentschap zorg en gezondheid. (2017c). Gevonden op het internet op 3 april 2018: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aandacht-en-projectoproep-voor-seksuele-diversiteit-in-woonzorgcentra>

Alles over seks. (s.a.). Begripsverklaringen seksuele identiteit en seksuele handelingen. Gevonden op het internet op 13 maart 2018: <https://www.allesoverseks.be/seks-van-a-tot-z/>

Alles over seks. (s.a.). Gevonden op het internet op 2 maart 2018: <https://www.allesoverseks.be/themas/seks-grenzen/seks-de-wet>

Bauer, M., Chenco, C., McAuliffe, L. & Nay, R. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39, 82-91. doi:10.1080/03601277.2012.682953

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L. & Nay, R. (2013). Interviewing Older People in Residential Aged Care About Sexuality: Difficulties and Challenges. *Sexuality & Disability*, 31, 361-371. doi:10.1007/s11195-013-9297-5

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), 1-6. doi:10.1186/1471-2318-14-82

Bentrott, M. & Margrett, J. (2016). Adopting a Multilevel Approach to Protecting Residents' Rights to Sexuality in the Long-Term Care Environment: Policies, Staff Training, and Response Strategies. *Sex Res Soc Policy*, 14, 359-369. doi:10.1007/s13178-016-0260-y

Bosch, E., Suykerbuyk, E. (2000). *Seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen.

Brinksma, A., Van Der Cingel, M., Hellema, F., Jansen, G. & Kleve, R. (2002). *Zakboek Verpleegkundige diagnoses*. (editie 9). Groningen: Wolters-Noordhof

Budding, T. (2005). *In vertrouwen, omgaan met ongewenst gedrag*. Zaltbommel: Thema.

Buttaro, T. M., Koeniger-Donohue, R., & Hawkins, J. (2014). Sexuality and quality of life in aging: Implications for practice. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(7), 480–485. doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.04.008

Catthoor, P. (2017). *Seksualiteit bij ouderen: het taboe eindelijk doorbroken?* Gevonden op 15 november 2017 op het internet: <https://www.seniorennet.be/redactie/artikel/170/seksualiteit-bij-ouderen-het-taboe-eindelijk-doorbroken#auteur>

Cohn, T. & Syme, M. (2016). Examining aging sexual stigma attitudes adults by gender, age, and generational status. *Aging & Mental Health*, 20 (1), 36–45. doi:10.1080/13607863.2015.1012044

Connolly, M.-T., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H., & Solomon, J. (2012). The Sexual Revolution's Last Frontier: How Silence About Sex Undermines Health, Well-Being, and Safety in Old Age. *Generations*, 36(3), 43–52. Gevonden op het internet op 21 november 2017: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=82371241&site=eho-st-live&scope=site>

Cook, C., Schouten, V., Henrickson, M., & McDonald, S. (2017). Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3017–3027. doi:10.1111/jan.13361

Davis, S. (2006). *Rehabilitation: the use of theories and models in practice*. Livingston: Elsevier

De Fauw, N., Denier, Y., Peeters, M., Wuyts, Y., Dhaene, L., & Zenner C. (2013). *Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers*. Zorgnet Vlaanderen. Gevonden op het internet op 12 december 2017: <https://doi.org/D/2013/1267/1>

Dementie. (s.a.). *Omgaan met ongepast gedrag van mensen met dementie*. Gevonden op het internet op 7 mei 2018: <https://dementie.nl/herhalen/omgaan-met-ongepast-gedrag-van-mensen-met-dementie>

De Regt, W. (2012). 50 jaar GVO en Gezondheidsbevordering. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90 (6), 379–386. doi:10.1007/s12508-012-0130-9

De Sutter, P. (2018, april). Studiedag Tachtig Tinten, *symposium Tachtig Tinten*. Agentschap zorg en gezondheid in samenwerking met o.a. KliQ: Gent.

Diesveldt, H. (2009). Ontremd gedrag of verlangen naar intimiteit. *Denkbeeld*, 21 (5), 6–8. Gevonden op het internet op 7 mei 2018: <https://link.springer-com.k.thomasmore.ezproxy.kuleuven.be/content/pdf/10.1007%2FBF03088297.pdf>

Doll, G. (2013). Sexuality: practice and policy. *Journal of Gerontological Nursing*, 39 (7), 30–37. doi:10.3928/00989134-20130418-01

Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 512–518. doi:10.1016/j.eurger.2016.05.013

Eeltink, C. (2014). Seksualiteit bij oudere patiënten: doorvragen naar seksueel functioneren. *Oncologica*, 31 (1), 8–15.

Ensie. (s.a.). Gevonden op het internet op 13 maart 2018: <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/transgender>

- Esterle, M., Sastre, M. T. M., & Mullet, E. (2011). Acceptability of sexual relationships between elderly people residing in nursing homes. *Sexuality and Disability, 29*(2), 157–164. doi:10.1007/s11195-010-9189-x
- Evans, D. T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard. Royal College of Nursing Great Britain, 28*(10), 53–57. doi:10.7748/ns2013.11.28.10.53.e7654
- Federale overheidsdienst. (s.a.). Gevonden op het internet op 15 mei: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/deontologisch_code_voor_de_belgische_verpleegkundigen_0.pdf
- Flynn, T. & Gow, A. (2015). Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Ageing, 44* (5), 823-828. doi:10.1093/ageing/afv083
- Fokkema, T. (2012). Ouderenzorg moet homovriendelijker. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 43*(1), 4-6. doi:10.1007/s12439-012-0001-5
- Foley, S. (2015). Older Adults and Sexual Health: A Review of Current Literature. *Current Sexual Health Reports, 7*(2), 70–79. doi:10.1007/s11930-015-0046-x
- FPD. (2017). Gevonden op het internet op 1 maart 2018: <http://www.onprvp.fgov.be/NL/futur/retirement/age/Paginas/default.aspx#a>
- Frans, E. & De Bruycker, A. (2012). *Raamwerk seksualiteit en beleid kwaliteit, preventie en reactie in jouw organisatie*. Sensoa. [Brochure]. Brussels: Vrancken, A. Gevonden op 3 februari 2018 op het internet: www.sensoa.be
- Frans, E. & Franck, T. (2010). *Vlaggensysteem. Praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Antwerpen: Sensoa.
- Fredriksen-Golden, K., Hoy-Ellis, C., Goldsen, J., Emllet, C. & Hooyman, N. (2014). Creating a Vision for the Future: Key Competencies and Strategies for Culturally Competent Practice With Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults in the Health and Human Services. *J Gerontol Soc Work, 57*(0), 80-107. doi:10.1080/01634372.2014.890690
- Gastmans, C. (2014). Sexual expression in nursing homes: a neglected nursing ethics issue. *Nursing ethics, 2* (5), 505-506. Gevonden op het internet op 22 februari 2018: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733014531530>
- Gastmans, C. (2015). Zorgmedewerkers spelen belangrijke rol om taboe te doorbreken. *Zorgnet Icuuro. 55* (7), 16-17. Gevonden op het internet op 17 maart 2018: <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Zorgwijzer%2055%20def.pdf>
- Gastmans, C., Denier, Y. & Degadt, P. (2015). Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen advies 18. *Zorgnet Vlaanderen, 1–24*. Gevonden op het internet op 11 maart 2018: <http://www.zorgneticuro.be/publicaties/ethisch-advies-18-intimiteit-en-seksualiteit-de-zorg-voor-ouderen>
- Geelen, R. (2010). Praktijkboek dementie: *Van achterdocht tot zwerfgedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Geuens, S. (s.a). *Seksualiteit? Seks? Soa?*. PowerPoint presentatie voor de bijscholing "seksueel grensoverschrijdend gedrag", PVT De Landhuizen, Zoersel.

- Gits, J. (2015). *Van schaamte naar trots. Een gezinswetenschappelijke benadering van noden van oudere holebi's in woonzorgcentra*. Onuitgegeven bachelorproef, Odisee Campus Hoger Instituut Brussel, Departement Gezinswetenschappen.
- Godemont, J., Dewaele, A. & Breda, J. (2004). *Geen roos zonder doornen : oudere holebi's, hun sociale omgeving en specifieke behoeften*. Steunpunt Gelijke kansenbeleid - consortium UA en LUC. Gevonden op het internet: <http://www.steunpuntgelijkekansen.be/wp-content/uploads/12.-Geen-roos-zonder-doornen-J.-Godemont.pdf>
- Gordon, M.(1995). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995 – 1996*. Utrecht: De Tijdstroom
- Haesler, E., Bauer, M., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*, 40, 57–71. doi:10.1016/j.nedt.2016.02.012
- Harju, J. & Kortleve, B. (s.a.) Prisma. *Praktijk voor therapie en coaching*. Gevonden op het internet op 13 maart 2018: https://www.prisma-praktijk.nl/schematherapiegroep_homoseksuele_mannen
- Heath, H. (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. *London: Royal College of Nursing*, 23 (6).
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening: informatie en communicatietraining voor sociaal-agogisch hulpverleners en verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hellemans, S., Buysse, A. (2013). Seksueel Grensoverschrijdend gedrag. *Sexpert: Seksuele gezondheid in Vlaanderen*, 217-240. Gent: Academia
- Henning-Smith, C., Gonzales, G., & Shippee, T. P. (2015). Differences by sexual orientation in expectations about future long-term care needs among adults 40 to 65 years old. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2359–2365. doi:10.2105/AJPH.2015.302781
- Hill, E. (2014). We'll Always Have Shady Pines: Surrogate Decision-Making Tools for Preserving Sexual Autonomy in Elderly Nursing Home Residents. *William & Mary Journal of Women and the Law*, 20 (2), 469-490.
- Inspectie voor de gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Het mag niet, het mag nooit*. Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg [Brochure]. Utrecht. Gevonden op het internet op 10 februari 2018: <https://www.waardigheidentrots.nl/beleidsstukken/igz-brochure-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-gezondheidszorg>
- Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 59 (3), 255–260. Gevonden op het internet op 6 februari 2018: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3596201&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Jonkers, A. (2013). SEKS op de verpleegkundige agenda in de palliatieve fase. *Bijzijn-XL*, 6 (9), 8-11. doi:10.1007/s12632-013-0112-4.

Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 15–17. doi:10.1188/11.CJON.15-17

Kenniscentrum Multiculturele Ouderenzorg. (2012). Gevonden op het internet op 23 april 2018: http://multiculturele-ouderenzorg.nl/wp-content/uploads/2013/10/Kiwa_tolerantiescan.pdf

Keuzenkamp, S. (2011). *Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland 2011: Internationale vergelijking, ontwikkeling en actuele situatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Gevonden op het internet op 5 april 2018: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Acceptatie_van_homo_seksualiteit_in_Nederland_2011

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1545–1554. doi:10.1111/jocn.13454

KliQ vzw. (s.a.). Gevonden op het internet op 21 april 2018: <https://kliqvzw.be/nl/ouderenzorg/workshop-voor-woonzorgcentra-tachtig-tinten>

Kluit, M. (2012). *Kleurrijke Kennis Homovriendelijkheid in De Ouderenzorg en De Rol van Kennisverwerving*, Masterscriptie, Universiteit voor Humanistiek. Gevonden op het internet op 25 februari 2018: <https://www.roze50plus.nl/assets/uploads/docs/1-%20120829-kleurrijke-kennis-maaike-kluit-web.pdf>

Krook, K., Van Straaten, G. (2003) *Hoezo lastig! Omgaan met probleemgedrag van ouderen*. Baarn: HB Uitgevers

Kuyper, L., Verbeek-Oudijk, D. & van Campen, C. (2018). *Jezelf zijn in het verpleeghuis: intimiteit, seksualiteit en diversiteit onder bewoners van verpleeg- en verzorgingstehuizen*. Beleidssignalement Sociaal en Cultureel Planbureau. Gevonden op het internet op 24 februari 2018: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/02/01/beleidssignalement-jezelf-zijn-in-het-verpleeghuis>

Lester, P. E., Kohen, I., Stefanacci, R. G., & Feuerman, M. (2016). Sex in Nursing Homes: A Survey of Nursing Home Policies Governing Resident Sexual Activity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(1), 71–74. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.013

Leyerzapf, H., Visse, M., de Beer, A. & Abma, T. (2013). *Op weg naar betere roze ouderenzorg*. Eindrapport, Vumc/Rainbow City Rotterdam. Gevonden op het internet op 24 februari 2018: http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/KB33_Eindrapport%20onderzoek%20Roze%20Ouderen_september%202013.pdf

Leyerzapf, H., Klokgieters, S., Ghorashi, H. & Broese van Groenou, M. (2017). *Kleurrijke zorg: een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg*, Cordaan, Institute for Societal Resilience (ISR) en Medical Humanities, VUmc. Gevonden op het internet op 24 februari 2018: http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/Actueel/Rapport%20Literatuurstudie%20culturele%20en%20seksuele%20diversiteit%20in%20de%20langdurige%20zouderenzorg_No_v%202017.pdf

Lichtenberg, P. A. (2014). Sexuality and Physical Intimacy in Long Term Care: Sexuality, long term care, capacity assessment. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 42–50. doi:10.3109/07380577.2013.865858.Sexuality

- Linschoten, M. & Boers, H. (2014). *Handboek De Roze Loper, een methode om aandacht voor seksuele diversiteit in de zorg te vergroten*, Consortium Roze 50+. Gevonden op het internet op 22 april 2018: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/80%20Tinten%202018%20-%20De%20Roze%20Loper%20handboek.pdf>
- Mahieu, L., De casterlé, B.D., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuids, S., & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23 (6), 605-623. doi:10.1177/0969733015580813
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (12), 1891-1905. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1140-1154. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013
- Mahieu, L., Cavolo, A. & Gastmans, C. (2018). *How do community-dwelling LGBT people perceive sexuality in residential aged care? A systematic literature review*. Powerpoint-presentatie voor het symposium "Tachtig Tinten", Zorg en Gezondheid en expertisecentrum vzw KliQ, Gent. Gevonden op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/De%20percepties%20van%20holebi-%20en%20transgender%20ouderen%20inzake%20seksualiteit%20en%20seksuele%20expressie%20in%20woonzorgcentra%20-%20Lieslot%20Mahieu.pdf>
- Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M., & Konno, R. (2015). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 21(S2), 80-90. doi:10.1111/ijn.12317
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-96
- Meijssen, E. (2016). *De Roze Loper, interventiebeschrijving*, Movisie: Utrecht. Gevonden op 21 februari 2018 op het internet: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_Roze_Loper%20%5bMOV-11853577-1.0%5d.pdf
- Mendes, A. (2015). A nurse's role in nurturing a patient's intimacy. *British Journal of Nursing*, 24(22), 1165. doi.org/10.12968/bjon.2015.24.22.1165
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(9), 1-10. Gevonden op het internet op 29 oktober 2017: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=120294588&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://jrms.mui.ac.ir/index.php/jrms/article/download/10553/5202%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emex&NEWS=N&N=614>
- Movisie. (2012). Gevonden op het internet op 22 april 2018: <https://www.movisie.nl/artikel/roze-ouderen>
- Muller-Schoof, I., & Mouthaan, I. (2013). *Scholingsmap: intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg*. Utrecht: Rutgers WPF & NZCO. Gevonden op 26 februari 2018.

- Musaph, H. (1993). *Ouderdome en seksualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom
- Neville, S., Adams, J., Bellamy, G., Boyd, M. & CCLinPsy, N. (2015). Perceptions towards lesbian, gay and bisexual people in residential care facilities: a qualitative study. *International journal of older People Nursing*, 10(1), 73-81. doi:10.1111/opn.12058
- Notter, J., & De Vocht, H. (2012). *Seksualiteit en intimiteit in de oncologische en palliatieve zorg in Nederland: een hermeneutisch onderzoek*. Saxion University of Applied Sciences.
- Peeters, K. & Vandeurzen, J. (2014). *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen*. Vlaanderen: Agentschap Zorg en gezondheid. Gevonden op het internet op 28 maart 2018: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/besluit-van-de-vlaamse-regering-van-9-mei-2014-betreffende-het-beleid-inzake-preventie-van-en-omgaan>
- Put, E. (2017). 'Vraag er gewoon naar'. *Nursing*, 23, 34-37.
- Quinn, C., & Happell, B. (2016). Supporting the Sexual Intimacy Needs of Patients in a Longer Stay Inpatient Forensic Setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(4), 239-247. doi: 10.1111/ppc.12123
- Regenboogambassadeurs. (s.a.). Gevonden op het internet op 8 mei 2018: <https://regenboogambassadeurs.be/>
- Roney, L., & Kazer, M. W. (2015). Geriatric sexual experiences: The seniors tell all. *Applied Nursing Research*, 28(3), 254-256. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.005
- Rowntree, M. R., & Zufferey, C. (2015). Need or right : Sexual expression and intimacy in aged care. *Journal of Aging Studies*, 35, 20-25. doi:10.1016/j.jaging.2015.07.003
- Roze50plus. (2009). *Roze 50+ de Onzichtbaarheid voorbij, Het Consortium Roze 50+ Nederland*. Gevonden op het internet op 26 januari 2018: <https://www.roze50plus.nl/assets/uploads/docs/knowledgebase/325.1e8bfe6839e1b60eef37ea91e3fba38b.pdf>
- Roze50plus. (2010). Gevonden op het internet op 3 april 2018: <https://www.roze50plus.nl/diensten/kennisbank/224/negatieve-anticipatie/>
- Rutgers. (s.a.). *Seksuele grensoverschrijding*. Kenniscentrum seksualiteit. Gevonden op het internet op 10 februari 2018: <https://www.seksualiteit.nl/seks-jouw-leven/seksuele-grensoverschrijding>
- Rutgers WPF. (2011). *Verschil in verlangen* [Brochure]. Utrecht. Gevonden op het internet: <https://shop.rutgers.nl/webwinkel/verschil-in-verlangen/15310>
- Rutgers WPF. (2012a). *Seksualiteit als je ouder wordt* [Brochure]. Utrecht. Gevonden op het internet: <https://www.rutgers.nl/producten/seks-als-je-ouder-wordt>
- Rutgers WPF. (2012b). *Seksualiteit en een chronische ziekte* [Brochure]. Utrecht. Gevonden op het internet: <https://www.rutgers.nl/producten/seksualiteit-en-een-chronische-ziekte>

- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308–1316. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531–540. doi:10.1111/jocn.12155
- Seks in de praktijk*. (s.a.). Gevonden op 20 maart 2018 op het internet: <https://www.seksindepraktijk.nl/>
- Seksuele vorming. (s.a.). Gevonden op het internet op 22 februari 2018: <https://www.seksuelevorming.nl/themas/weerbaarheid-en-grensoverschrijding>
- Sensoa. (s.a.). Gevonden op het internet op 13 maart 2018: <https://www.sensoa.be/over-sensoa/organisatie/seksuele-gezondheid>
- Seksuele vorming. (s.a.). Gevonden op het internet op 22 februari 2018: <https://www.seksuelevorming.be/sensoa-vlaggensysteem>
- Sollicitatie Buddy's. (s.a.). *De piramide van Maslow*. Gevonden op het internet op 3 mei 2018: <http://sollicitatiebuddys.nl/wp-content/uploads/2015/11/pyramide-van-maslow.jpg>
- Spring, L. (2015). Older women and sexuality—Are we still just talking lube? *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 4–9. doi:10.1080/14681994.2014.920617
- Stapel, J. & Keukens, R. (2009). *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde*, Bohn Stafleu van Loghum: Houten. doi:10.1007/978-90-313-7730-55
- Steyaert, J. (2017). *Classificatie van geestesziekten*. Gevonden op het internet op 13 maart 2018: https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=2&canon_id=292
- Swinnen, A. (2011). *Seksualiteit van ouderen: een multidisciplinaire benadering*. Amsterdam: University Press.
- Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J. (2016). Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2457–2467. doi.org/10.1111/jan.13005
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38(10), 609–613. doi: 10.1136/medethics-2012-101066
- Taylor, B., David, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21 (11), 35–40. doi:10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382
- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538–543. doi: 10.1093/ageing/afr049
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 683–692. doi:10.1017/S1041610210000189

- Tzeng, Y. L., Lin, L. C., Shyr, Y. I. L., & Wen, J. K. (2009). Sexual behaviour of institutionalised residents with dementia - A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 991-1001. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02708.x
- Van Assche, L. (2015). *Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit in de tweede levenshelft*. Amsterdam: Garant-Uitgevers nv.
- Van Delft, P. (2014). Projectverslag "Als u begrijpt wat ik bedoel...". Gevonden op het internet op 22 februari 2018
[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Projectverslag%20Als%20u%20begrijpt%204%20maart%20\[MOV-2320183-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Projectverslag%20Als%20u%20begrijpt%204%20maart%20[MOV-2320183-1.0].pdf)
- Van de Putte, E. (s.a.). Gevonden op het internet op 11 maart 2018:
<https://evelinevandeputte.com/publicaties/stormachtig-stil/>
- van der Ploeg, A. (2017). *De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra*. Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Departement Neurowetenschappen Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen. Gevonden op het internet 12 mei 2018:
<http://aditivzw.be/nl/documentatie/literatuur>
- Van de Ven, L., Van Assche, L., Vesentini, L. (s.a.). *Intimiteit en seksualiteit bij ouderen*. Gevonden op het internet op 22 februari 2018:
https://www.seksuologischehulpverlening.info/sites/default/files/bestanden/zorg_ouderenintimiteitopt.pdf
- Van Houdenhove, E., Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2016a). *Seksualiteit in het woonzorgcentrum: taboe nog lang niet doorbroken*. Gevonden op het internet op 15 november 2017: <https://sociaal.net/analyse-xl/seksualiteit-in-het-woonzorgcentrum/>
- Van Houdenhove, E., Messelis, E. & Van Velthoven (2016b). *Seksualiteit in het woonzorgcentrum*. Gevonden op het internet op 9 maart 2018:
<https://www.seksonderzoek.be/wp-content/uploads/2016/03/samenvatting-onderzoek-seksualiteit-en-intimiteit.pdf>
- Van Lisdonk J. & Kuyper, L. (2014). *55-plussers en seksuele oriëntatie: ervaringen van lesbische, homoseksuele en heteroseksuele 55-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Gevonden op het internet op 5 april 2018:
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/55_plussers_en_seksuele_ori_ntatie
- Verkerk, M. (2016). (Over)behandelen van kwetsbare ouderen, een ethische benadering. *Bijblijven*, 32(3), 180-188. doi:10.1007/s12414-016-0121-x
- Verstraeten, M. (2012). Praten over seksualiteit: de negende vraag van Gordon. *Nursing*, 18 (3), 24-28.
- Vilans kenniscentrum langdurige zorg. (2011). *Kennisbundel probleemgedrag voor docenten Zorg en Welzijn*.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): Comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-2527. doi:10.1111/jan.12398

Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., & Celdrán, M. (2015). What Happens in Their Bedrooms Stays in Their Bedrooms: Staff and Residents' Reactions Toward Male-Female Sexual Intercourse in Residential Aged Care Facilities. *Journal of Sex Research*, 52(9), 1054-1063. doi:10.1080/00224499.2014.959882

VZW 't Volderke (2017). *Visietekst seksualiteit*, april 2017. Meerhout.

Westland Academy's Approach. (s.a.). Gevonden op 26 februari 2018 op het internet: <http://westland.academy/westland-approach>

WHO (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA.

Willekens, L., Driesen, F. & Mertens, E. (2013). *Thomas More stijlwijzer: richtlijnen voor het maken van schriftelijke werkstukken*. Onuitgegeven nota's voor de opleiding bachelor in de verpleegkunde, Thomas More Kempen, Departement Gezondheidszorg Turnhout.

Zorgnet-icuro. (2015). *Advies 18: intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen*. Gevonden op het internet op 22 februari 2018: <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Ethisch%20advies%2018%20v3.pdf>

BIJLAGEN

- Bijlage 1: Visietekst VZW 't Volderke
- Bijlage 2: Tolerantiescan de Roze Loper
- Bijlage 3: Activiteiten werkgroep Janus
- Bijlage 4: Spelbord "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out"

Bijlage 1: Visietekst VZW 't Volderke



Inleiding

In het werken met personen met een beperking krijgen we regelmatig vragen mbt seksualiteit. Zowel van gebruikers als van personeelsleden. Aangezien seksualiteit een belangrijk deel uitmaakt van het leven van alle mensen, vinden we het binnen het Volderke erg belangrijk om hier samen over na te denken en na te gaan wat onze gebruikers nodig hebben op dat vlak en ook welke ondersteuning we hierin kunnen geven. Verder willen we ook stilstaan bij seksueel grensoverschrijdend gedrag en hoe we hier een gepast antwoord en ondersteuning kunnen geven.

We nemen twee korte teksten op rond het recht op seksualiteit voor personen met een beperking. Het is rond de tekst van Ann Craft dat we deze visietekst hebben opgebouwd.

Achtergrond

Verklaring verenigde naties, 1994

Een persoon met een handicap mag niet de gelegenheid worden ontzegd zijn seksualiteit te ontdekken, seksuele relaties en het ouderschap te beleven. Gezien het feit dat personen met een beperking moeilijkheden kunnen ondervinden bij het vinden van een huwelijkspartner of het stichten van een gezin, dienen de staten het beschikbaar zijn van passende begeleiding te stimuleren. Personen met een beperking moeten op dezelfde wijze als anderen toegang hebben tot voorbehoedsmiddelen en seksuele voorlichting in toegankelijke vorm.

De 6 basisrechten, volgens Ann Craft voor personen met een beperking:

- Het recht om op te groeien
- Het recht om te weten
- Het recht om seksueel te zijn en relaties aan te gaan en te verbreken
- Het recht om niet overgeleverd te zijn aan de individuele seksuele opvattingen van begeleiders
- Het recht om niet seksueel misbruikt te worden
- Het recht op menselijke en waardige omgeving

Vooral rond de rechten 3 tem 6 willen we in de visietekst rond seksualiteit dieper ingaan.

1. Recht om seksueel te zijn en relaties aan te gaan en te verbreken

Binnen het Volderke streven we naar een open en respectvolle mensvisie, gericht op zelfontplooiing van de gebruikers die op deze manier een volwaardige plaats kan innemen in de maatschappij. Daarom willen we ook het recht van onze gebruikers om seksueel te zijn en relaties aan te gaan en te verbreken respecteren en ondersteunen.

Het Volderke erkent zijn gebruiker als een seksueel wezen. We willen een open houding aannemen ten aanzien van de gebruiker met zijn vraagstelling rond seksualiteit. We willen er als organisatie bewust van zijn dat er gebruikers zijn die met vragen zitten rond seksualiteit, relatievorming en ouderschap en hen hierin begeleiden met openheid en respect.

Zeker voor onze gebruikers met een NAH (niet aangeboren hersenletsel) willen we zelf actief de vraag stellen naar seksualiteit, relatievorming en ouderschap. We moeten er ons van bewust zijn dat deze personen voor hun hersenletsel op een heel andere manier in het leven stonden. Ze hadden vaak een seksuele relatie en sommigen een gezin. Door hun hersenletsel zijn ze ook vaak deze seksuele relatie kwijt en is hun positie in het gezin veranderd. Hier willen we aandacht voor hebben, we willen open staan voor de gebruiker met zijn verhaal. Wanneer we een zicht hebben op de valkuilen, kunnen we misschien samen met



hen op zoek gaan naar oplossingen voor hun beperkingen. We kunnen deze vragen op termijn opnemen in het hulp- en dienstverleningsplan om zo een totaalbeeld te krijgen van onze gebruiker. Op deze manier willen we **preventief werken** rond het thema seksualiteit.

We moeten er rekening mee houden dat niet iedereen in de omgeving van de persoon met een beperking even open staat voor seksualiteit. Hierin willen we als organisatie respect hebben voor eenieders mening maar willen we natuurlijk de vraagsteller centraal stellen. We respecteren de rechten van de familie maar we willen ook de gebruiker beschermen, rekening houdend met ieders gevoeligheden.

2. Het recht om niet overgeleverd te zijn aan de individuele seksuele opvattingen van de begeleider

Wanneer men als begeleider geconfronteerd wordt met de seksualiteit van een gebruiker roept dit vaak een persoonlijke visie op. De reactie van begeleider kan afhangen van persoonlijke waarden en normen. Dit kan voor verwarring zorgen bij de gebruiker.

We willen de gebruiker met zijn vraag centraal stellen maar willen ook respect opbrengen voor de grenzen van de begeleider. Wanneer we als begeleider tegen onze eigen grenzen aanlopen, is het belangrijk deze te erkennen en hierover open te communiceren met de gebruiker en ook met het team. Dus wanneer we als begeleider tegen onze eigen grenzen lopen blijft het toch belangrijk aandacht te hebben voor de vraagstelling. Als we hierop zelf geen antwoord/assistentie kunnen bieden moeten we op een goede manier kunnen doorverwijzen.

Wanneer de gebruiker komt met vragen rond seksualiteit is het belangrijk om als begeleider hierin wat richtlijnen te hebben. Met welke vragen kunnen we aan de slag en wanneer gaan we doorverwijzen. Een mooi model om hier richtlijnen in te krijgen is het PLISSIT model (zie afbeelding hieronder).

De breedste schijf van de piramide geeft aan dat men de gebruiker toestemming geeft om over het thema seksualiteit te praten. We geven als begeleider aan dat we open staan voor de vraagstelling van de gebruiker. Het is zelfs aangewezen het thema seksualiteit actief bespreekbaar te maken, zodat de gebruiker voelt dat men ook met vragen rond seksualiteit in het Volderke terecht kan.

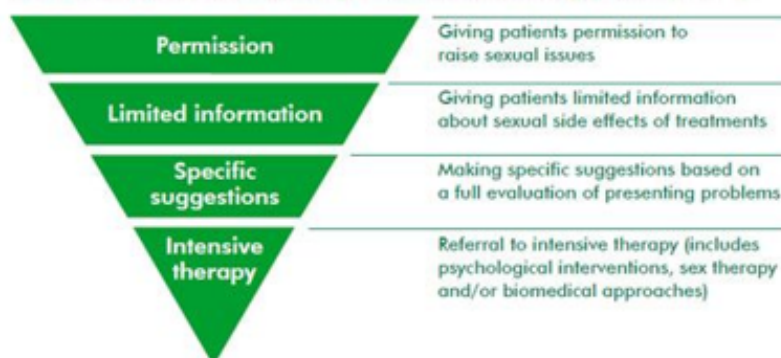
De tweede schijf geeft aan dat men beperkte informatie gaat geven over seksualiteit. Men geeft als begeleider informatie over ADITI, seksuele voorlichting, porno en dergelijke.

Ten derde gaat men specifieke suggesties geven gebaseerd op een gehele evaluatie van de problemen die zich voordoen. Je voelt hier dat dit al wat verder gaat dan een babbel over seks. Wanneer men hier als begeleider niet direct een antwoord op vindt kan men te rade gaan bij de medewerkers van de psycho-sociale dienst. Of men kan zijn oor te luisteren leggen bij Shana, ze heeft een opleiding seksuele hulpverlening gevolgd.

De tip van de piramide spreekt van Intensieve Therapie en dat is natuurlijk het vakgebied van de seksuologen, psychologen en psychiaters. Hier hebben we als rol op een correcte manier door te verwijzen.



PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



Er is ook veel informatie en advies te vinden op de website van [Sensoa \(www.sensoa.be\)](http://www.sensoa.be). Voor enkele specifieke vraagstellingen rond seksualiteit en de beleving hiervan werken we samen met de mensen van ADITI. Zij proberen een antwoord te formuleren op een specifieke vraag rond seksualiteitsbeleving en dit in samenspraak met de voorziening/netwerk van de gebruiker.

Verder is het de doelstelling van het Volderke om ook vorming te voorzien rond het thema seksualiteit. In deze vormingen kunnen we polsen waar de grenzen van de begeleiding liggen, feedback op de visietekst, hoe goed doorverwijzen, enz. Vormingen kunnen voorzien worden voor zowel de gebruikers als voor de begeleiding. Ook dit is preventief werken om problemen op vlak van seksualiteit te voorkomen.

3. Het recht om niet seksueel misbruikt te worden

Seksuele handelingen zijn niet strafbaar volgens de wet mits er sprake is van wederzijdse toestemming.

Voorwaarden om te kunnen spreken van **wederzijdse toestemming**:

- Alle partijen begrijpen wat voorgesteld wordt
- Beide partijen hebben dezelfde kennis
- Bewust van de gevolgen
- Wederzijds respect voor de instemming, men kan weigeren zonder gevolgen

Zoals men kan opmerken is wederzijdse toestemming geen evidentie. We kunnen ook opmerken dat sommige van onze gebruikers extra ondersteuning nodig hebben om hun toestemming te geven, wanneer zij seksuele handelingen stellen.

Het is dan ook de taak van de organisatie om hier oog voor te hebben en eventueel vormingen te voorzien zodat elke gebruiker begrijpt wat seksuele handelingen zijn en wanneer men van wederzijdse toestemming kan spreken.

Om onze doelgroep extra sterk te maken wanneer het gaat om hun seksualiteit, het ontdekken ervan of seksuele handelingen te stellen willen we nog extra criteria opsommen om hen te beschermen tegen misbruik:

- Wederzijdse toestemming
- Vrijwilligheid
- Gelijkwaardigheid
- Gepast voor leeftijd/ontwikkeling
- Passend bij context of situatie
- Zelfrespect



De doelstelling van deze extra criteria is:

- Beoordelen wanneer seksueel gedrag over de grens gaat
- Hoe kan je in gesprek gaan over seksueel (grensoverschrijdend) gedrag
- Bijdrage aan een eenduidige en aangepaste aanpak om grensoverschrijdend gedrag te stoppen en onze doelgroep weerbaarder te maken.

Definitie grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik:

Seksueel Grensoverschrijdend gedrag (SGG): Elke vorm van seksueel gedrag of seksuele toenadering in verbale, non verbale of fysieke zin waarbij aan één of meer van de zes criteria (cf. supra) niet voldaan werd.

Seksueel misbruik: Elke vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag in verbale, non-verbale of fysieke zin, opzettelijk of onopzettelijk, waar geen wederzijdse toestemming voor was, op één of andere manier afgedwongen werd en/of waarbij het slachtoffer veel jonger of afhankelijk is van de dader.

Men kan uit bovenstaande definities begrijpen dat SGG en seksueel misbruik binnen de voorziening niet enkel kan bestaan tussen gebruikers onderling. Maar dat deze situaties ook kunnen voorkomen tussen: gebruikers en begeleiders, gebruikers en andere medewerkers binnen de voorziening, begeleiding en andere medewerkers binnen de voorziening.

Daarom is het belangrijk dat we beleid voeren rond seksueel grensoverschrijdend gedrag en dat we seksueel misbruik bestraffen. Volgend schema kunnen we gebruiken om agogisch te handelen.

Gezonde seksuele ontwikkeling:

BV. Een bewoner kijkt een pornofilm op zijn kamer

- Ruimte geven, benoemen
- Bevestigen/negeren
- Uitleggen wanneer nodig

Licht grensoverschrijdend gedrag:

BV. bewoner raakt de borst van de begeleider aan tijdens de verzorging

- Leid gebruiker af van het gedrag/benoem het gedrag
- Begrens de gebruiker in zijn handelingen
- Leg uit waarom het gedrag SGO is
- Observeer dit gedrag bij de gebruiker, en maak er melding van, zeker wanneer het gedrag zich opnieuw voordoet.

Zwaar grensoverschrijdend gedrag

BV. Bewoner masturbeert in de leefgroep

- Benoem het gedrag van de gebruiker
- Verbied het gedrag dat de gebruiker stelt
- Leg uit waarom dit gedrag SGO is

- Observeer dit specifiek gedrag en maak er melding van op het registratieformulier GOG.

Ernstig grensoverschrijdend gedrag

BV. Masturberen voor het raam zodat andere dit kunnen zien

- Benoem het gedrag van de gebruiker
- Verbied het gedrag en maak er een einde aan.
- Leg uit waarom dit gedrag onaanvaardbaar is
- Straf en/of begeleid de gebruiker

Bijlage 2: Tolerantiescan de Roze Loper

Vragen Kiwa Tolerantiescan



In dit document worden alle vragen van de Kiwa Tolerantiescan gespecificeerd. Alle vragen kunnen beantwoord worden met ja of nee.

Vragen Kiwa Tolerantiescan



Beleid en organisatie

- 1 Staat in de visie of missie van de organisatie beschreven dat de cliënt centraal staat?
- 2 Is dit (de cliënt staat centraal) ook opgenomen in de introductie van nieuwe medewerkers?
- 3 Heeft uw organisatie een specifiek beleid voor bepaalde groepen cliënten?
- 4 Wordt seksuele geaardheid wel eens beleidsmatig besproken in de organisatie?
- 5 Heeft u een specifiek beleid voor cliënten die homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn?
- 6 Zijn er activiteiten voor cliënten die homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn?
- 7 Heeft de organisatie gedragsregels in haar reglement hoe om te gaan met seksistisch of discriminerend gedrag?
- 8 Zijn er regels vastgelegd van maatregelen en voorzieningen om intimidatie of discriminatie te voorkomen?
- 9 Bestaat over deze gedragsregels overeenstemming tussen leiding, personeel en cliënten?
- 10 Is de formulering van deze gedragsregels vastgelegd met cliëntenraden of OR?
- 11 Wordt er actief voorlichting gegeven over diversiteit?
- 12 Is er voorlichtingsmateriaal over seksuele diversiteit aanwezig?
- 13 Is er binnen de organisatie een verantwoordelijke of portefeuillehouder aangesteld die toeziet op diversiteit?
- 14 Beschouwt u uw eigen organisatie als homovriendelijk voor uw cliënten?
- 15 Weet u of er homoseksuelen, lesbiennes of biseksuelen onder uw cliënten zijn?
- 16 Vindt u het belangrijk om te weten of er homoseksuelen, lesbiennes of biseksuelen onder uw cliënten zijn?
- 17 Informeert uw organisatie bij opname van een cliënt naar de seksuele geaardheid?
- 18 Houdt u met deze informatie rekening? (cliënten, medewerkers)
- 19 Stelt u cliënten in de gelegenheid zich te uiten over hun geaardheid?
- 20 Heeft uw organisatie een vertrouwenspersoon voor cliënten?

Vragen Kiwa Tolerantiescan



Personeelsbeleid

- 1 Is er een beleidsdocument waarin de diversiteit van personeel is opgenomen?
- 2 Is er actief aannamebeleid gericht op de diversiteit van het personeel?
- 3 Is er een personeelsbeleid waarbij per leeftijdscategorie loopbaanperspectief wordt geboden?
- 4 Zijn er specifieke afspraken of beleid met betrekking tot seksuele geaardheid?
- 5 Beschouwt u uw eigen organisatie als homovriendelijk voor uw personeel?
- 6 Weet u of er homoseksuelen, lesbiënnes of biseksuelen onder uw medewerkers zijn?
- 7 Vindt u het belangrijk om dit te weten?
- 8 Kunnen homoseksuelen medewerkers hun partners meenemen naar bijvoorbeeld feesten van uw organisatie?
- 9 Besteedt u bij het aannamebeleid aandacht aan seksuele geaardheid bij het inwerkprogramma, de opleidingen en de informatievoorziening?
- 10 Bestaat er een informatiepakket voor (nieuw) personeel waarin seksuele geaardheid is opgenomen?
- 11 Heeft uw organisatie een vertrouwenspersoon voor medewerkers?
- 12 Worden er thematische bijeenkomsten gehouden voor medewerkers waarbij seksuele geaardheid een thema kan zijn?

Vragen Kiwa Tolerantiescan



Opleiding

1 Is er een opleidingsbeleid?

2 Is er een scholingsplan?

3 Wordt er scholing aan personeel en cliënten aangeboden met betrekking tot bewustwording van (zoals coming-out, leefstijlen, homovriendelijkheid) en omgang met kwetsbare groepen?

4 Besteedt men daarbij (naast het geven van feitelijke informatie) aandacht aan gevoelens, intimiteit, relaties, communicatieve vaardigheden of normen en waarden rond diversiteit?

5 Is er een gedrags- of beroepscode?

6 Wordt personeel door scholing of andere instrumenten bewust gemaakt van de eigen beroepsmatige houding ten opzichte van diversiteit?

Vragen Kiwa Tolerantiescan



Bewustwording en veiligheid

1 Zijn er instrumenten waarmee bewustwording over diversiteit wordt gemonitord?

2 Is er een platform waarbij het thema diversiteit wordt besproken? Bijvoorbeeld via voorlichtingsbijeenkomsten, tv programma's of het op de agenda plaatsen van dit onderwerp.

3 Is er binnen de organisatie informatie beschikbaar over ontmoetingsmogelijkheden voor bepaalde groepen cliënten?

4 Worden medewerkers gestimuleerd om op het gebied van diversiteit een voortrekkersrol te ambiëren?

5 Krijgen medewerkers de mogelijkheid om zo'n voortrekkersrol te vervullen?

6 Zijn er bepaalde groepen cliënten over het voetlicht gebracht bij de brancheorganisaties en andere koepels?

7 Voor zover u weet, is er sprake van leeftijdsdiscriminatie bij 50-plussers?

8 Voor zover u weet, voelt iedereen zich over het algemeen emotioneel veilig/geaccepteerd?

9 Worden roddelen of pesten actief tegengegaan?

Vragen Kiwa Tolerantiescan



Signalering, begeleiding en klachten

1 Is er een klachtenprocedure?

2 Is er een klachtenfolder?

3 Voor zover u weet, is de organisatie in staat om problemen van personeel en cliënten rondom diversiteit te signaleren?

4 Voor zover u weet, is de organisatie in staat om personeel en cliënten op te vangen die willen praten over persoonlijke vragen of problemen met betrekking tot diversiteit?

5 Zijn personeel en cliënten geïnformeerd over de stappen die zij kunnen zetten wanneer zij bij de politie of Commissie Gelijke Behandeling aangifte willen doen van intimidatie/discriminatie?

6 Heeft de organisatie intern een contactpersoon aangewezen die het verbindingsstuk is tussen organisatie en de externe vertrouwenspersoon?

7 Zijn de bevoegdheden en werkwijze van de vertrouwenspersoon en klachtencoördinator vastgelegd in de functieomschrijving?

8 Beschikt de organisatie over een sociale kaart? (Verwijsindex met informatie over welzijns- en gezondheidsvoorzieningen)

9 Wordt door de organisatie transport georganiseerd of beschikbaar gesteld om cliënten te vervoeren naar activiteiten buiten de instelling?

10 Is in geval van een externe vertrouwenspersoon de handelwijze bij inschakeling van deze persoon vastgelegd in een protocol?

Bijlage 3: Activiteiten werkgroep Janus

Fototentoonstelling: “Liefde is altijd goed”

Voor de tentoonstelling maakte fotograaf André Carens tien kleurrijke portretten van jonge en minder jonge holebi's en transgenders. Daarnaast tonen we belangrijke momenten in hun leven aan de hand van fotoalbums met familiefoto's, foto's van koppels en foto's uit de oude doos. We willen met deze tentoonstelling mensen aanspreken door de herkenbaarheid van personen en familiegevoelens. We richten ons in het bijzonder op ouderen omdat zij nog uit een tijd komen waarin homoseksualiteit onbespreekbaar was.



Reportage: Oudere holebi's en transgenders spreken onder de titel: “EN DUS IK ZWEEG...”

Wat verwachten zij van ouderencentra? Hoe zien zij hun toekomst?

Een 10-tal oudere holebi's en transgenders brengen hun getuigenissen gedurende 20 minuten. Over hun leven, hun verblijf in een ouderencentrum, over hun vrees om voor hun geaardheid uit te komen, de moeilijkheden die ze in hun leven hebben moeten overwinnen.

Films

O.m. **“If these walls could talk”, “Pride”**.

Ouderen kunnen op een laagdrempelige manier kennis maken met homoseksualiteit. We kiezen verschillende films, ideaal voor een ouderdoelpubliek. Na de film maken onze vrijwilligers, tevens ervaringsdeskundigen tijd voor een nabespreking waarbij iedereen vragen kan afvuren.



Onbekend is onbemind?

Leer oudere holebi's en transmensen kennen door hun boeiende getuigenissen over het leven. Na de getuigenissen voorzien we een ruime tijd om alle vragen te beantwoorden. We geven tips mee die hulpverleners in de praktijk kunnen gebruiken.

Mijn kleinkind is holebi / transgender

Hoe ga je als grootouder om met dit gegeven? Wat als je als grootouder merkt dat een van jouw kleinkinderen holebi is of transgender en er zelf niet durft voor uitkomen? Jouw kleindochter is lesbisch en op zekere dag zegt ze dat zij samen met haar vriendin graag een kind zouden hebben? Hoe reageer je daarop? Wat heeft een kind nodig? En kunnen 2 mannen of 2 vrouwen samen dat geven?

Doelpubliek: hulpverleners in de ouderenzorg, verpleegkundigen en verzorgenden in rusthuizen, medisch en paramedisch personeel in rusthuizen en dienstencentra, centrumleiders, (studenten) bejaardenzorg,... Duurtijd van deze infosessie: 1,5 a 2 uur.

Holebibingo

Je kent ongetwijfeld het klassieke bingospel. Wij geven er een leerrijke en interactieve holebi-toets aan. Op een speelse manier leren deelnemers bekende Homo's, Lesbiennes, Biseksuelen en Transgenders (beter) kennen. Denk maar aan Yasmine, Will Ferdy, Bart Kaël en Felice, maar ook Marlon Brando en Errol Flynn! Deze holebi-bingo is ideaal voor het doelpubliek van dienstencentra en seniorenverenigingen.



Meezingen kan zeker!



Bezoek aan het Roze Huis (Draakplaats 1, 2018 Antwerpen) (en voor de andere provincies in de provinciale regenbooghuizen).
Plaatselijke info en vorming ook voor studenten (1,30u min.)
Kan ook voor ouderenverenigingen.



Actualiteitsbespreking

Wij bieden ook een actualiteitsbespreking aan, die aansluit bij onze doelstellingen.

Doelpubliek: senioren, seniorenverenigingen, dienstencentra.

Bijlage 4: Spelbord "Seks: Spreken is goud, zwijgen is out"

Einde

?	?	61	60	59	58	?		
?	49	50	51	52	54	56		
?	45	44	42	?	40	38		
28	29	31	32	?	34	36		
?	?	25	24	23	21	?	19	
9	10	11	?	13	15	16	17	18
8	?	5	4	?	2	1		

Start!

