

# Seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra

Kwalitatief onderzoek en de ontwikkeling van een vorming

Student: Nele Six  
Eindrapport ingediend tot het behalen van  
het diploma van bachelor in de Psychosociale gerontologie

Promotor: Ellen Vanhoudenhove  
& Adelheid Rigo  
Projectleider: An Lootens

ACADEMIEJAAR 2015-2016



# Seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra

Kwalitatief onderzoek en de ontwikkeling van een vorming

Student: Nele Six  
Eindrapport ingediend tot het behalen van  
het diploma van bachelor in de Psychosociale gerontologie

Promotor: Ellen Vanhoudenove  
& Adelheid Rigo  
Projectleider: An Lootens

ACADEMIEJAAR 2015-2016

## Samenvatting

### ACHTERGROND, PROBLEEMSTELLING EN DOELGROEP

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er nood is aan vorming en opleiding voor personeelsleden in woonzorgcentra met betrekking tot het omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. Vanuit deze vaststelling besluiten we een aantal interviews af te nemen bij personeelsleden uit de verzorgende en verpleegkundige discipline. We willen via kwalitatief onderzoek de noden en ervaringen met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bevragen en in kaart brengen.

### ALGEMENE DOELSTELLINGEN EN ONDERZOEKSVRAGEN

We maken een inhoudelijke analyse van de interviews en koppelen deze bevindingen terug naar de literatuurstudie en naar de resultaten van het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016).

We willen tot een werkmodel komen waarin we belangrijke praktijkgerichte aspecten van seksualiteitsbeleving in woonzorgcentra naast elkaar zetten. Enerzijds willen we door middel van de interviews te weten komen hoe personeelsleden omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. We willen nagaan in hoeverre ze nood ervaren aan het uitbouwen van een visie en beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot dit thema. Anderzijds wensen we meer duidelijkheid te creëren over de nood aan opleiding.

Vanuit de resultaten van de literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek willen we handvatten aanreiken voor het ontwikkelen van vorming en opleiding in woonzorgcentra.

### THEORETISCH KADER

Door middel van een beknopte literatuurstudie worden de begrippen seksualiteit en intimiteit bij ouderen gekaderd. De visie van de World Health Organization (WHO, 2015) is hierbij een goed uitgangspunt: seksualiteit is een centraal aspect van de mens gedurende het hele leven.

Vervolgens beschrijven we de seksuele levensloop, seksualiteit op oudere leeftijd en de factoren die dit beïnvloeden.

Nadien komt de plaats van seksualiteit in een woonzorgcentrum aan bod, met onder meer aandacht voor de attitude van hulpverleners, de nood aan vorming en training en het belang van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid in woonzorgcentra.

Daarnaast bespreken we enkele bestaande instrumenten en organisaties die zich toespitsen op dit thema.

### PRAKTIJK

Enerzijds bestaat het praktijkgedeelte eruit om tien personeelsleden van de verzorgende en verpleegkundige discipline in een woonzorgcentrum te interviewen. We vragen hen naar hun ervaringen en noden met betrekking tot dit thema. De

resultaten hiervan koppelen we terug naar de literatuurstudie. Anderzijds schrijven we een aanzet tot een vorming uit voor personeelsleden in woonzorgcentra.

## ONDERZOEK

We kiezen ervoor om interviews af te nemen bij tien personeelsleden uit de verzorgende en verpleegkundige discipline van woonzorgcentrum De Foyer vzw.

We leggen de link met enkele elementen uit de literatuurstudie. De gegevens van deze interviews worden eveneens teruggekoppeld naar de conclusies uit het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016).

Vervolgens schrijven we, op basis van de resultaten van de literatuurstudie en het onderzoek, een aantal doelstellingen en handvatten uit voor het ontwikkelen van een vorming voor medewerkers van woonzorgcentra over omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

## RESULTAAT

Uit de literatuur blijkt dat er nood is aan een seksualiteits- en intimiteitsbeleid in woonzorgcentra, en dat vorming en training van hulpverleners een must is. Uit het kwalitatief onderzoek komt naar voor dat ook in de betreffende woonzorgcentra nog geen werk gemaakt werd van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid. Er zijn geen duidelijke afspraken over hoe men met dit onderwerp moet omgaan. Men handelt vaak vanuit het buikgevoel. Bij de helft van de deelnemers is er vraag naar bijscholing en opleiding over dit thema.

Op basis van de literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek ontwikkelde ik een vorming voor medewerkers van woonzorgcentra over het thema seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

## DISCUSSIE

Wanneer men het heeft over seksualiteit bij ouderen, wordt vaak gedacht aan grensoverschrijdend gedrag. Dit gevoel had ik ook bij de interviews. Men heeft het automatisch over grenzen wanneer men praat over seksualiteit en intimiteit. Dit zijn vaak de eigen grenzen, maar we moeten ook de grenzen van de bewoner en de medebewoners bewaken. Het is belangrijk om hier aandacht aan te besteden. Daarnaast dient men duidelijk te maken dat seksualiteit bij ouderen ruimer is dan dit ongepast 'probleem'gedrag. Dit vooroordeel heerst nog sterk, en vereist opleiding en kennis over de seksualiteitsbeleving van ouderen.

Men moet bij het organiseren van vorming en training over dit thema erover waken dat men ouderen niet gaat over-seksualiseren, maar dat men de oudere de kans geeft om uiting te geven aan zijn/haar seksualiteit, zonder hiervoor onder druk te staan. Daarom is het belangrijk de oudere zelf te bevragen. De randvoorwaarde hiervoor is dat ouderen zich veilig voelen in hun omgeving, inspraak hebben en voelen dat er naar hen geluisterd wordt. Hierbij is de attitude van het personeel en de visie van het woonzorgcentrum bepalend.

## Woord vooraf

Beste lezer,

Dit eindwerk is een hoogtepunt en een mooi sluitstuk van deze boeiende opleiding. Het heeft veel tijd en energie gevergd, maar ik ben er dankbaar voor dat ik deze ervaring mocht opdoen. Een eindwerk schrijf je niet alleen, zoveel is zeker. Dit was onmogelijk geweest zonder de steun en hulp van anderen.

Ik wil hierbij dan ook enkele mensen bedanken. Om te beginnen mevrouw Ellen Van Houdenhove. Ik dank haar om mij de moed te geven om door te zetten, op het ogenblik dat ik het spoor bijster was. Maar ook voor het aanbrengen van het onderwerp en het opvolgen van dit eindwerk, tot het moment dat zij mocht genieten van haar zwangerschapsverlof. Vervolgens wil ik mevrouw Adelheid Rigo bedanken, om deze taak van Ellen Van Houdenhove over te nemen en mij te steunen waar nodig. Dank aan de heer Joris Van Puyenbroeck voor het advies over de verwerking van de interviews.

Speciale dank gaat ook uit naar mijn externe promotor mevrouw An Lootens, om mij de kans te geven dit project uit te werken. Ik wil haar bedanken voor haar advies en haar tijd. Dank ook aan de directie en personeelsleden van woonzorgcentrum Weverbos te Gentbrugge en woonzorgcentrum Zilvermolen te Zwijnaarde, om mee te werken aan de interviews. Fijn dat jullie met mij jullie ervaringen wilden delen!

Daarnaast een woordje van dank aan de directie en de docenten van de opleiding Psychosociale Gerontologie. Ik heb enorm genoten van de lessen, en koester de aangename sfeer.

Daarom wil ik ook de kans niet voorbij laten gaan om mijn werkgever, OCMW Wetteren, te bedanken om mij deze opleiding te laten volgen. En mijn collega's en de bewoners van WZC Schelderust, die mij twee jaar lang toch een beetje moesten missen op de werkvloer.

Tot slot wil ik mijn grootste dank betuigen aan Thomas, aan mijn familie en vrienden voor hun onvoorwaardelijke steun en het vele geduld dat zij hebben opgebracht. Zij hielden het vuur brandende, boden me het nodige steuntje in de rug, en bezorgden me af en toe een welgekomen ontspanning. Niet alleen tijdens het schrijven van dit werkveldproject, maar gaandeweg tijdens mijn studie. Zij maakten de voorbije jaren compleet.

Dank aan mama en Simonne, die dit werk nagelezen hebben, en aan Annelies, een goede vriendin werkzaam bij vzw Jongerenbegeleiding-Informant, die mij geholpen heeft bij het uitwerken van de vorming.

Ik hoop dat dit werk inspiratie kan geven aan mensen die werk willen maken van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid in woonzorgcentra, en dat iedereen die dit leest, even geboeid kan raken door dit onderwerp als ikzelf.

Met vriendelijke groeten,

Nele Six

## Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Woord vooraf	6
Inhoudsopgave	7
1. Inleiding	10
2. Achtergrond, probleemstelling en doelgroep	11
3. Algemene doelstellingen en onderzoeksvragen	12
4. Theoretisch kader	13
4.1. Seksualiteit en intimiteit – een mensenrecht	13
4.2. De begrippen seksualiteit en intimiteit	14
4.3. De seksuele levensloop	15
4.4. Seksualiteit en intimiteit op oudere leeftijd	15
4.4.1. Verbondenheid, zorg en genot	15
4.4.2. Een verschuiving in waarden	16
4.4.3. Seksuele interesse, activiteit en tevredenheid op oudere leeftijd	17
4.4.4. Biopsychosociale benadering	18
a) Lichamelijke factoren	19
b) Psychologische en relationele factoren	20
c) Maatschappelijke factoren	22
4.4.5. Omgaan met de impact van biopsychosociale factoren	23
4.5. De plaats van intimiteit en seksualiteit in een woonzorgcentrum	24
4.5.1. Verlies van zelfredzaamheid	25
4.5.2. Het aangaan van intieme relaties	25
4.5.3. Infrastructuur en privacy	26
4.6. Houding van hulpverleners ten opzichte van seksualiteit bij ouderen	27
4.7. Grensoverschrijdend gedrag	30
4.8. Nood aan training en vorming van hulpverleners	30
4.8.1. Bewustmaking van seksualiteit en seksuele noden bij ouderen	30
4.8.2. Invloed op attitude en tolerantie	31
4.8.3. Communicatieve vaardigheden verhogen	32
4.8.4. Gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag	32
4.9. Nood aan een seksualiteits- en intimiteitsbeleid en visie	32
4.10. Omgaan met seksualiteit bij bewoners	34
4.10.1. Tips en richtlijnen in de literatuur	34

4.10.2.	Ethisch advies _____	36
4.10.3.	Omgaan met grensoverschrijdend gedrag _____	38
4.10.4.	Bestaande instrumenten en organisaties _____	39
5.	Praktijk _____	43
5.1.	Kwalitatief onderzoek: semigestructureerde interviews _____	44
5.1.1.	Onderzoeksvragen _____	44
5.1.2.	Methodologisch kader _____	44
a)	Kwalitatief onderzoek _____	44
b)	Dataverzameling _____	45
c)	Selectie van de respondenten _____	46
d)	Analyse _____	47
e)	Kwaliteitscriteria _____	48
5.1.3.	Onderzoeksresultaten _____	49
1)	Noden van de bewoners _____	49
2)	Beïnvloedende factoren _____	52
3)	Plaats van seksualiteit en intimiteit in het woonzorgcentrum _____	56
4)	Omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners _____	59
5)	Beleid en visie _____	64
6)	Nood aan opleiding en vorming _____	67
5.1.4.	Link met de literatuur _____	68
5.1.5.	Samenvatting _____	78
5.1.6.	Conclusie _____	80
5.1.7.	Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek _____	81
5.2.	Ontwikkelen van een vorming _____	82
5.2.1.	Inleiding _____	82
5.2.2.	Doelgroep _____	83
5.2.3.	Doelstellingen _____	83
5.2.4.	Randvoorwaarden _____	83
5.2.5.	Didactische aanpak _____	84
5.2.6.	Vorming: omgaan met seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra _____	85
1)	Deel 1: inleiding _____	85
2)	Deel 2: beeldfragment _____	85
3)	Deel 3: stellingenspel _____	86
4)	Deel 4: seksuele noden bij ouderen _____	87
5)	Deel 5: beïnvloedende factoren _____	88



6)	Deel 6: de plaats van seksualiteit en intimiteit in een woonzorgcentrum	90
7)	Deel 7: ruimte voor reflectie	94
8)	Deel 8: in gesprek gaan over seksualiteit en intimiteit met bewoners	94
9)	Deel 9: omgaan met specifieke situaties	95
10)	Deel 10: Bespreking van enkele casussen	98
11)	Tot slot: afronding	101
5.2.7.	Conclusie	101
6.	Besluit	102
7.	Discussie	103
	Bijlagen	105
	Bijlage 1: Seks: is it a problem? (Archibald, 1994)	106
	Bijlage 2: interviewleidraad	107
	Bijlage 3: informed consent	110
	Bijlage 4: introductiebrief	111
	Addenda:	112
	Figuur 4: beslisboom "omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners"	112
	Bibliografie	113

## 1. Inleiding

De vergrijzing brengt heel wat nieuwe uitdagingen met zich mee, ook in woonzorgcentra. Seksualiteit en intimiteit is een onderwerp waarover weinig openlijk gesproken wordt in de maatschappij. Als we het hebben over ouderen wordt dit onderwerp vaak als taboe beschouwd, overbodig of niet aan de orde. Toch kan het thema de laatste tijd op wat aandacht rekenen in de media. Onder meer de film 'Achter de Wolken' van regisseur Cecilia Verheyden is daar een mooi voorbeeld van. Misschien betekent dit dat er langzaamaan een draagvlak groeit om dit onderwerp bespreekbaar te maken.

Seksualiteit maakt deel uit van het leven tot op hoge leeftijd, en moet ook in woonzorgcentra een plaats krijgen. Onderzoek toont aan dat personeel niet altijd weet hoe ze er mee moeten omgaan.

In dit werkveldproject gaan we eerst in op de nood aan vorming en opleiding. Aan de hand van een literatuurstudie brengen we in kaart wat er hieromtrent reeds is geweten. We starten met het kaderen van de begrippen seksualiteit en intimiteit, beschrijven kort de seksuele levensloop om nadien dieper in te gaan op seksualiteit bij ouderen. Nadien onderzoeken we de plaats van seksualiteit in woonzorgcentra, de attitude van personeel en waardoor deze beïnvloed wordt, om ten slotte na te gaan of er in de literatuur sprake is van nood aan vorming en beleid in woonzorgcentra.

Vervolgens wordt een kwalitatief onderzoek verricht waarbij we interviews afnemen bij tien personeelsleden uit de verzorgende en verpleegkundige ploeg van woonzorgcentrum De Foyer vzw. Ik vraag hen naar hun ervaringen met seksualiteit en intimiteit bij de bewoners van het woonzorgcentrum en peil naar hun nood aan vorming en opleiding.

De resultaten van de interviews koppel ik terug naar de literatuur en vergelijk ik met het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016).

Vanuit de analyse van deze interviews en de literatuurstudie ontwikkel ik een blauwdruk voor een vorming over seksualiteit en intimiteit bij ouderen en reik daarmee een aantal handvatten aan over hoe personeel kan omgaan met dit onderwerp.

## 2. Achtergrond, probleemstelling en doelgroep

Een bevraging bij 393 personeelsleden van woonzorgcentra rond omgaan met seksualiteit en intimiteit van bewoners (Van Houdenhove, Messelis & Van Velthoven, 2016) toont aan dat personeelsleden van woonzorgcentra vinden dat er extra aandacht besteed moet worden aan seksualiteit en intimiteit van ouderen, en dat de meerderheid zich onwennig voelt om hierover met ouderen of met hun familie te praten. Seksualiteit en intimiteit zijn thema's verbonden aan het leven, en maken deel uit van het leven in een woonzorgcentrum. Er blijkt nood aan een beleid hierrond in de woonzorgcentra. De nood aan vorming en opleiding komt eveneens duidelijk naar voor in de resultaten.

Als aanvulling op dit onderzoek besloten we een aantal interviews af te nemen bij personeelsleden in een woonzorgcentrum, met als doel deze noden en ervaringen verder te bevragen. Voor het uitvoeren van deze interviews werd samengewerkt met mevrouw An Lootens, klinisch psycholoog bij woonzorgcentra De Foyer vzw. Deze vzw omvat woonzorgcentrum Weverbos in Gentbrugge, woonzorgcentrum De Zilvermolen in Zwijnaarde en Huize Arion in Zwijnaarde. We kozen er in onderling overleg voor om de interviews af te nemen bij tien personeelsleden die werkzaam zijn in de verzorgende/verpleegkundige discipline. We denken dat zij in de praktijk het meest geconfronteerd worden met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

Vanuit de resultaten van de literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek wordt een blauwdruk van een vorming ontwikkeld. De doelgroep van deze vorming is het personeel van woonzorgcentra. We zijn van mening dat verschillende disciplines in aanraking kunnen komen met - en een rol spelen in - de seksualiteitsbeleving van ouderen. Bijvoorbeeld verzorging en verpleging, maar ook onderhoudspersoneel dat vaak in de kamers aanwezig is, of paramedisch personeel zoals ergotherapeuten en kinesitherapeuten, animatoren, maatschappelijk werkers, psychologen, ...

Met andere woorden: iedereen die zorg draagt voor de kwaliteit van leven van de bewoners kan baat hebben bij het volgen van deze vorming.

### 3. Algemene doelstellingen en onderzoeksvragen

Een beknopte literatuurstudie moet aangeven of er relevante onderzoeken over dit thema gebeurd zijn en wat hierover in de literatuur te vinden is. Daarnaast zijn er reeds enkele organisaties in België die zich toespitsen op dit thema, hun werking wordt kort beschreven.

Eenzijds willen we door middel kwalitatief onderzoek te weten komen hoe personeelsleden omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. We willen nagaan in hoeverre ze nood ervaren aan het uitbouwen van vorming en beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen.

Op volgende onderzoeksvragen wil dit kwalitatief onderzoek een antwoord bieden:

- 1) Denken de personeelsleden dat bewoners bezig zijn met seksualiteit en intimiteit, welke noden ervaren de bewoners volgens het personeel?
- 2) Welke factoren hebben volgens de personeelsleden een invloed op de seksualiteitsbeleving van bewoners?
- 3) Krijgen bewoners ruimte voor seksualiteitsbeleving in het woonzorgcentrum?
- 4) Werd het personeel reeds geconfronteerd met een situatie waarin bewoners uiting gaven aan seksualiteit, en hoe reageerden ze daarop?
- 5) In hoeverre ervaart het personeel nood aan het uitbouwen van een visie en beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen?
- 6) Ondervindt het personeel nood aan opleiding en vorming over dit thema?

Anderzijds wensen we door middel van dit werkveldproject handvatten te kunnen aanreiken voor het ontwikkelen van vormen en opleidingen voor woonzorgcentra.

Bij het ontwikkelen van een vorming stellen we volgende doelstellingen voorop:

- 1) Het verhogen van de kennis over de noden van ouderen op vlak van seksualiteit en intimiteit, en over de factoren die seksualiteits- en intimiteitsbeleving van ouderen (in woonzorgcentra) beïnvloeden.
- 2) Het bespreekbaar maken van het thema seksualiteit en intimiteit, onder collega's, met de bewoners en in teamoverleg.
- 3) De eigen attitudes met betrekking tot seksualiteit bij ouderen kennen, in vraag durven stellen en hierover reflecteren.
- 4) Gepast reageren op en omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. Seksualiteit bespreekbaar maken in de dagdagelijkse zorg, en leren omgaan met concrete situaties.

## 4. Theoretisch kader

In deze literatuurstudie beschrijf ik enkele kenmerken van de seksualiteits- en intimiteitsbeleving bij ouderen, en de situatie in woonzorgcentra. Ik kies hierbij voor een graduele opbouw, waarin ik dit begrip stapsgewijs aanbreng en verken.

Vervolgens gaan we in op de attitude van personeel, de nood aan vorming en opleiding en de beschrijving van bestaande instrumenten en organisaties.

### 4.1. Seksualiteit en intimiteit – een mensenrecht

De World Health Organization (WHO, 2015) definieert seksuele gezondheid als een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in verband met seksualiteit. Het is niet alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of handicap. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Men moet de mogelijkheid hebben om aangename en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Opdat seksuele gezondheid kan worden bereikt en onderhouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en voldaan. Seksualiteit is een centraal aspect van de mens gedurende het hele leven. Het omvat seks, genderidentiteit en rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en reproductie. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, wensen, overtuigingen, attitudes, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan bevatten, worden ze niet allemaal altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, juridische, historische, religieuze en spirituele factoren.

Volgens de World Health Organization (WHO, 2015) is seksuele gezondheid van fundamenteel belang voor de fysieke en emotionele gezondheid en het welzijn van individuen, koppels en gezinnen, en uiteindelijk voor de sociale en economische ontwikkeling van gemeenschappen en landen. De mogelijkheid van individuen tot seksuele gezondheid en welzijn is echter afhankelijk van: de toegang tot uitgebreide informatie over seksualiteit, de kennis over de risico's die zij lopen en hun kwetsbaarheid voor de ongunstige gevolgen van seksuele activiteit, de toegang tot goede kwalitatieve seksuele gezondheidszorg en een omgeving die seksuele gezondheid bevestigt en bevordert.

De World Association for Sexual Health (WAS, 2014) stelde eveneens een verklaring van seksuele rechten op. Onder meer het recht op privacy, het recht op informatie, het recht op gelijkheid, het recht op seksuele voorlichting en het recht op vrijheid van meningsuiting, ... worden toegepast op seksualiteit.

Elias en Ryan (2011) beschrijven in hun review dat seksualiteit een intrinsiek deel is van de menselijke identiteit. Het negeren van iemands seksualiteit heeft een negatieve impact op iemands zelfbeeld, sociale relaties en mentaal welzijn. Desondanks kan men

aannemen dat onder meer ouderen vaak ontzet worden uit hun recht tot het uitdrukken van hun seksualiteit.

#### 4.2. De begrippen seksualiteit en intimiteit

Een definitie geven van *seksualiteit* is allesbehalve eenvoudig. Het is namelijk geen duidelijk en eenvoudig meetbaar begrip.

Everaerd (1993) omschreef seksualiteit als gedrag, dat gericht is op het (laten) ervaren van opwindings- en lustgevoelens.

Seksualiteit is echter meer dan alleen gedrag. Ook biologische of lichamelijke factoren, psychologische of belevingsfactoren, relationele en socioculturele factoren spelen een belangrijke rol. We kunnen stellen dat seksualiteit een multidimensioneel gegeven is (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Van Assche (2015) beschrijft *seksualiteit in brede zin* als de interesse in anderen en de nood om aantrekkelijk gevonden te worden. Aandacht voor het uiterlijk is tot op hoge leeftijd aanwezig. Jaloezie en roddelen zijn eveneens tekenen van seksuele interesse. In brede zin van het woord maakt seksualiteit deel uit van het dagelijks leven van de meerderheid van de mensen. Indien dit niet het geval is, kan dit aanleiding geven tot een verminderd welzijn. *Seksualiteit in enge zin* betreft volgens Van Assche (2015) het stellen van seksuele handelingen gerelateerd aan de geslachtsorganen, met als voornaamste doel het bereiken van opwinding en eventueel een orgasme.

In de literatuur wordt vermeld dat seksualiteit een belangrijk gegeven is bij het meten van kwaliteit van leven. Psychoseksuele noden zijn een essentieel deel van het menselijk leven, onafhankelijk van leeftijd, cultuur, woonplaats, levenssituatie of gezondheid (Mroczek, Kurpas, Gronowska, Kotwas & Karakiewicz, 2013). Tevredenheid met je eigen seksueel functioneren en je seksuele relatie zou volgens Van Lankveld (2011) een voorspeller zijn van kwaliteit van leven.

Ook *intimiteit* dient vanuit een multidimensioneel perspectief bekeken te worden. Intimiteit mag niet gereduceerd worden tot seksuele of lichamelijke intimiteit. Het moet eveneens gezien worden in het kader van emotionele verbondenheid, gebaseerd op een persoonlijke ervaring van graag zien en wat tot uitdrukking kan komen in een relatie (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Verstraeten (2006) geeft volgende betekenis aan het woord 'intimiteit': "intimiteit is één van de belangrijkste dimensies van de partnerrelatie" (p.239). Het is meer dan vertrouwde, veiligheid en voorspelbaarheid. Door nabijheid en wederkerigheid kunnen haast alle verdedigingen worden opgegeven en kan men bij elkaar, in respect voor de eigenheid, rustig zichzelf en toch samen zijn. De lichamelijke intimiteit, zo schrijft Verstraeten (2006), is de plaats bij uitstek om dit te kunnen ervaren, ook bij ouderen. Het ouder worden vraagt om een nieuwe beleving van die intimiteit. Intimiteit wil zeggen: in het meest innerlijke zijn, in het binnenste zijn. Als we met iemand intiem zijn, delen we ons binnenste met de ander (Verstraeten, 2006).

Intimiteit wordt nauw gekoppeld aan liefde. Van Assche (2015) verwijst naar de triangulaire theorie van Sternberg als ze het heeft over liefde. Intimiteit, betrokkenheid en passie zijn drie componenten van de liefde. Daarbij verwijst intimiteit naar emotionele en fysieke nabijheid, seksualiteit geeft daar een extra dimensie aan. Gebrek aan intimiteit leidt tot emotionele eenzaamheid. Betrokkenheid of engagement wijst op het hebben van gedeelde levensdoelen. Passie wordt geassocieerd met erotiek, sensualiteit, verlangen naar elkaar (Van Assche, 2015).

### **4.3. De seksuele levensloop**

De Graaf, Neeleman, Vennix, en van Son-Schoonens (2004) beschrijven de seksuele levensloop als een proces dat deels begint voor de geboorte, en het hele leven doorgaat. Een mens maakt gedurende de levensloop veranderingen mee die invloed hebben op de seksuele ontwikkeling, en hoe men ermee omgaat. Er vindt een stroomversnelling plaats in de adolescentie. Tijdens de volwassenheid kunnen veranderingen in het leven, de partnerrelatie, zwangerschap, kinderen, ... belangrijke aanpassingen en betekenisgeving eisen. Op oudere leeftijd, schrijven de auteurs, gaat dit proces door onder invloed van hormonale veranderingen, verlies van de partner, medicijngebruik, ziekte, eenzaamheid en het naderende einde van het leven.

De auteurs benadrukken dat de seksuele ontwikkeling bepaald wordt door een samenspel van biologische, psychologische en sociale invloeden, alsook door de interactie tussen individu en omgeving (De Graaf e.a., 2004).

### **4.4. Seksualiteit en intimiteit op oudere leeftijd**

#### **4.4.1. Verbondenheid, zorg en genot**

Verstraeten (2006) beschrijft intimiteit en seksualiteit bij ouderen vanuit drie wezenlijke kenmerken van menselijke relaties: verbondenheid, zorg en genot. Daaruit blijkt dat ook op hoge leeftijd de partnerrelatie heel belangrijk is in een mensenleven (Verstraeten, 2006).

Verstraeten (2006) en Van Assche (2015) verwijzen allebei naar de hechtingstheorie van Bowlby (1969). Volgens deze theorie heeft een kind de veiligheid van een hechtingsfiguur (bijvoorbeeld de moeder) nodig om vandaar uit de omgeving te verkennen. Deze aangeboren behoefte blijft bestaan tot op hoge leeftijd: 'from the cradle to the grave'. De soort hechting die het kind ontwikkelt, heeft voorspellende waarde voor de ontwikkeling van het kind en de relaties die het later aangaat.

Bij onzekerheid versterkt de nood aan een figuur waarbij men zich veilig kan voelen. Ouderen met dementie hebben door de verwardheid extra nood aan een hechtingsfiguur, aan nabijheid, begrip, verbondenheid (Verstraeten, 2006).

Hechting laat ons begrijpen hoe interacties in koppels verlopen. Mensen hechten zich niet alleen in een relatie, maar eveneens aan huisdieren, een woonplaats, enzovoort. Dit zorgt ervoor dat de verhuis naar een woonzorgcentrum een zeer emotionele gebeurtenis is (Van Assche, 2015).

Ouderen zijn niet enkel ontvangers van zorg, maar willen ook graag zorg geven. Zorgen voor elkaar betekent eveneens nabijheid en intimiteit. Bij koppels waarbij één van beide partners zorgbehoevend is, is dit soms de belangrijkste vorm van intimiteit. (Verstraeten, 2006). Deze rolverandering wordt door Van Assche (2015) aangegeven als een onevenwicht in de relatie, wat kan leiden tot een veranderd seksueel verlangen.

Naast verbondenheid en zorg beschouwt men genot als een kenmerk van intimiteit. Onderzoek toonde reeds aan dat de seksuele responscyclus, en het patroon ervan, bij ouderen niet zo veel verschilt van deze bij jongere mensen, maar het verschil zit hem eerder in het tempo en de intensiteit (Verstraeten, 2006).

Van Assche (2015) beschrijft de seksuele responscyclus als volgt: deze start bij de fase van het verlangen, waarbij men ook op latere leeftijd geregeld erotische fantasieën heeft. Daarna volgt de excitatiefase, waarin de lichamelijke tekenen van opgewondenheid kenmerkend zijn. Als de cyclus niet doorbroken wordt bereikt men vervolgens de plateau fase, waarbij het hoogtepunt in de opwinding even kan aanhouden. De orgasmedrempel wordt bereikt aan het einde van die fase, gevolgd door het orgasme en de resolutiefase, waarin men herstelt van de opwinding. Van Assche (2015) schrijft dat de seksuele responscyclus niet altijd volledig doorlopen wordt. Afhankelijk van de situatie en de persoon geeft men zich volledig over of niet. Bovendien kan men gestoord worden door externe prikkels zoals geluiden, of interne prikkels zoals faalangst, en is iedere persoon verschillend in de tijd en stimulatie die hij nodig heeft. Bij ouderen verminderen de snelheid en het gemak waarmee men de verschillende fasen doorloopt (Van Assche, 2015).

Dit wordt bevestigd door Eulderinck, Heeren, Knook en Ligthart (2008). Zij schrijven dat onder meer hormoonveranderingen bij man en vrouw daaraan bijdragen. De afname van seksuele activiteit treedt vaak pas op na 75 jaar en ouder (Verstraeten, 2006). Ouderen blijven dankzij de farmaceutische industrie wel langer bezig met hun seksualiteit. Vroegere seksuele ervaring, gewoonte, niveau van opleiding, gezondheid, het hebben van een partner, gelukkig zijn in een relatie, tevredenheid over de maatschappelijke positie en rol, ... hebben invloed op de graad van seksualiteit. Maar genieten is meer dan de seksuele ontlading, het is relationeel, en gaat ook over het opbouwen van spanning, over wederkerigheid en generositeit (Verstraeten, 2006).

#### 4.4.2. Een verschuiving in waarden

Volgens Eulderinck e.a. (2008) nemen seksuele fantasieën, gedachten en plezier aan seksuele activiteiten bij het ouder worden weinig in frequentie af, maar treedt er een verschuiving op in waarden: in plaats van genitale lust en orgasme zal men de nadruk leggen op tederheid, sensualiteit en emotionele veiligheid.

De Graaf e.a. (2004) schrijven dat het seksleven met het ouder worden meer bepaald wordt door gedachten, gevoelens en intimiteit, dan door heftige opwinding, prestaties, bevestiging en zintuiglijke gevoeligheid.

In iedere relatie is de belangrijkste richtlijn volgens Van Assche (2015) het eigen aanvoelen en dat van de partner. Erover praten en een compromis kunnen sluiten is



hierbij erg belangrijk. Over het algemeen tevreden zijn in de partnerrelatie maakt dat koppels intenser en vaker genieten als ze seksueel actief zijn. Het gaat volgens Van Assche (2015) dus niet over 'hoe vaak doen ze het?' maar eerder over 'hoe doen ze het?' en 'waarom doen ze het niet?'.

Onderzoeken tonen aan dat er een grote verscheidenheid is in hoe ouderen seksualiteit ervaren: de leeftijd, het geslacht, ... spelen hierbij een rol. Ondanks dat er een daling is in seksuele activiteit bij een stijging van de leeftijd, is er zeker nog sprake van op oudere leeftijd. De algemene gezondheidstoestand vermindert wel bij het ouder worden, waardoor de seksuele aspecten soms minder prioriteit krijgen (Taylor & Gosney, 2011).

#### 4.4.3. Seksuele interesse, activiteit en tevredenheid op oudere leeftijd

Volgens Van de Ven (2014) kan je seksuele interesse in enge zin beschouwen als seksuele fantasieën hebben, of graag naar seksueel geladen afbeeldingen kijken. Dit is sterker aanwezig bij oudere mannen dan bij oudere vrouwen. Maar seksuele interesse in ruime zin is bijvoorbeeld ook het verlangen om begerenswaardig te zijn, belang hechten aan positieve opmerkingen, complimentjes over het uiterlijk of een tedere aanraking. Deze ruimere betekenis van seksuele interesse blijft voor het overgrote deel van de mensen tot op zeer hoge leeftijd bestaan (Van de Ven, 2014).

Onderzoek (e.g., Elaut, Caen, Dewaele & Van Houdenhove, 2013) toont aan dat 65-plussers, in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen, minder belang hechten aan seks en dat de seksuele tevredenheid, vooral van mannen, iets lager is dan die van jongere leeftijdsgroepen. Het cliché van de asexuele oudere klopt echter niet: 65-plussers blijken gemiddeld éénmaal per twee weken seks te hebben (Elaut e.a., 2013).

Mannen zouden langer seksuele interesse tonen dan vrouwen (Taylor & Gosney, 2011). Dit zou onder meer komen doordat er meer oudere vrouwen zonder partner zijn dan mannen (Eulderlinck e.a., 2008). Het onevenwicht in het aantal mannen en vrouwen in de latere generaties beïnvloedt het seksuele leven van ouderen (Van Assche, 2015). Over het algemeen wordt seksuele interesse bij mannen ook gemakkelijker aanvaard dan bij vrouwen (Van Assche, 2015).

De Graaf e.a. (2004) benadrukken: "de afname van seksuele activiteit wil dus niet zeggen dat de seksuele interesse vermindert" (p.180). Van Lankveld (2011) bevestigt dit: seksueel actief zijn en behoefte aan seks hebben zijn niet identiek. Leeftijd is met andere woorden wel een voorspeller voor de mate van seksuele activiteit, maar niet voor het seksuele verlangen. De seksuele interesse blijft volgens De Graaf e.a. (2004) nog lang min of meer constant. Ook Elias en Ryan (2011) schrijven dat de interesse in seks en seksualiteit niet afneemt met de leeftijd, maar dat de niveaus van activiteit wel kunnen verminderen.

Van Assche (2015) geeft aan dat er meer creativiteit en tijd nodig is om tot een hoogtepunt te komen, maar dat masturbatie en coitus in principe mogelijk blijven tot op zeer hoge leeftijd. Frequente seksuele activiteit zal het (lichamelijke) seksuele

functioneren bevorderen: use it or lose it, schrijft Van Assche (2015). Oefening baart kunst.

De Graaf e.a. (2004) schrijven in dit verband dat vooral de coïtale activiteit afneemt, de masturbatie eerst toeneemt en later weer afneemt. Redenen hiervoor zijn niet alleen een toename van gezondheidsklachten, gewenning aan een lange relatie, ook de leeftijd op zich speelt hier een significante rol in. Bij gezonde ouderen is dit evenzeer het geval, blijkt uit onderzoek. Maar, het plezier zou toenemen bij veel ouderen, omdat men in de loop der jaren meer informatie krijgt en zich vrijer gaat voelen (De Graaf e.a., 2004).

Er zijn aanwijzingen dat tevredenheid met het eigen seksueel functioneren en de seksuele relatie een voorspeller is van kwaliteit van leven (Van Lankveld, 2011). Volgens De Graaf e.a. (2004) blijven veel ouderen tevreden met hun seksualiteit, ongeacht of ze seksueel actief zijn. Er is bovendien geen rechtstreeks verband tussen seksueel functioneren en seksuele tevredenheid. Dit laatste heeft te maken met de mate waarin veranderingen beoordeeld en gewaardeerd worden, de aan- of afwezigheid van de partner, het ontwikkelen van compenserende strategieën om veranderingen het hoofd te bieden, het vermogen om eigen voorkeuren en verwachtingen bij te stellen, ... (De Graaf e.a., 2004).

De Graaf e.a. (2004) benadrukken dat ouderen heel verschillend zijn in seksueel gedrag en seksuele belangstelling. Er zijn grote verschillen binnen de populatie ouderen. Maar op individueel vlak zou het seksuele gedrag en het niveau van seksuele belangstelling vrij constant blijven.

#### 4.4.4. Biopsychosociale benadering

Over het algemeen benadert men seksualiteit bij ouderen vanuit een combinatie van medische, psychische, relationele en sociale factoren (Eulderinck e.a., 2008; De Graaf e.a., 2004; Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Swinnen (2011) omschrijft seksualiteit als een biopsychosociaal fenomeen: "Seksuele problemen van ouderen moeten steeds benaderd worden vanuit de driedelige vraag naar lichamelijke oorzaken van seksuele disfunctionaliteit, de mogelijke samenhang tussen verminderde seksuele functionaliteit en relatieproblemen, en eventuele vooroordelen met betrekking tot de seksualiteit van ouderen die een negatieve impact kunnen hebben op de seksuele praktijk en beleving" (p.15).

De Graaf e.a. (2004) benadrukken evenwel dat mensen ook zelf een actieve rol spelen bij het ontwikkelingsproces in de verschillende levensfasen. Mensen worden niet alleen gevormd door de omgeving, maar ze vormen ook zelf mee hun omgeving door keuzes te maken waarmee ze het tempo en de richting van hun eigen ontwikkeling beïnvloeden.

Seksualiteit is een complex fenomeen dat door verschillende factoren beïnvloed wordt. Seksualiteit wordt bepaald door een combinatie van biologische, relationele,

psychologische factoren en culturele invloeden. Ieder heeft zijn eigen referentiekader. Dat referentiekader is een dynamisch gegeven, het kan veranderen door ervaringen, gebeurtenissen, ziekte, ...

Van daaruit besluiten De Graaf e.a. (2004) dat seksuele problemen een geïntegreerde aanpak vragen, waarbij een besef van de verwevenheid van de biologische, psychologische en sociale factoren zeer belangrijk is.

### **a) Lichamelijke factoren**

Onderzoekers suggereren dat naast medicatie en ziektes, ook leeftijd een invloed kan hebben op het mannelijk disfunctioneren, meer bepaald op vlak van erectieproblemen en impotentie (Taylor & Gosney, 2011). De Graaf e.a. (2004) bevestigen dit.

Bij oudere vrouwen zou het eerder om pijn bij de coïtus gaan (De Graaf e.a., 2004). Bij vrouwen is het volgens Taylor en Gosney (2011) moeilijker een diagnose te stellen voor het seksueel disfunctioneren, en bijgevolg zijn er ook minder behandelingen voorhanden. In de post-menopauze komen echter veel problemen voor die een invloed hebben op seksueel functioneren, maar ook op het emotionele welzijn, interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en dagelijkse activiteiten. Oudere vrouwen rapporteren vermindering in seksuele interesse, pijnlijke ervaringen, en frustratie omtrent inadequate behandelingen. Vrouwelijke seksualiteit op oudere leeftijd wordt sterk beïnvloed door zowel psychosociale als fysieke problemen waaronder urinaire incontinentie, kanker en behandelingen (Taylor & Gosney, 2011). Van Assche (2015) schrijft dat naast de lichamelijke veroudering ook het psychische klimaat, een gevoel van veiligheid en geborgenheid, een grote invloed kan hebben bij vrouwen.

Volgens De Graaf e.a. (2004) zijn er aanwijzingen dat een actief seksleven de negatieve fysiologische effecten van veroudering beperkt en de kans op bepaalde ziekten en kwalen doet afnemen. Gemeenschap zou bijvoorbeeld de doorbloeding van de slijmvlieswanden van de vagina bevorderen en de afname van de elasticiteit van de vagina ten gevolge van de menopauze inperken. Bij oudere mannen zou de sterftkans aan hart- en vaatziekten lager liggen als ze frequent een orgasme hebben.

Soms hebben seksuele problemen een oorzaak in het verleden. Bijvoorbeeld: een man die vroeger altijd vroegtijdige zaadlozingen had en op oudere leeftijd geen erectie meer kan krijgen, of een vrouw die erop gesteld was haar partner te bevredigen en haar eigen opwindingsgevoel daaraan ondergeschikt maakte (De Graaf e.a., 2004).

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen *normale verouderingsprocessen* en *pathologische veranderingen* die gepaard gaan met *ziektes*. Beide kunnen een invloed hebben op seksualiteit bij ouderen (Elias & Ryan, 2011). Eulderinck e.a. (2008) en Van Assche (2015) beschrijven een aantal ziekten die rechtstreeks of onrechtstreeks het seksuele functioneren en beleven kunnen beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn neurologische en urologische ziekten, hart- en vaatziekten, kanker (borstkanker, kanker aan geslachtsorganen), huid- en geslachtsziekten, ... Ook medische interventies zoals geneesmiddelengebruik (bijvoorbeeld kalmeringsmiddelen,

slaapmiddelen, psychofarmaca, ...) en operatieve ingrepen kunnen rechtstreeks (bijvoorbeeld mastectomie) of onrechtstreeks (bijvoorbeeld colostoma, ...) het seksuele beleven beïnvloeden. Dementie kan eveneens een invloed hebben op de seksuele interesse. Er kan onaangepast of ongeremd seksueel gedrag voorkomen bij sommige vormen van dementie.

Van Lankveld (2009) bevestigt dat het niet altijd eenvoudig is om de invloed van een ziekte of behandeling los te zien van andere, psychologische en relationele, factoren.

### ***b) Psychologische en relationele factoren***

Van Lankveld (2011) schrijft dat een aantal factoren die op jonge en volwassen leeftijd al aanleiding kunnen geven tot seksuele moeilijkheden, dat op oudere leeftijd ook doen. Voorbeelden hiervan zijn psychische en relationele elementen zoals relatieproblemen, angst, onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, negatieve verwachtingen en stemmingsklachten.

Psychologische problemen zoals depressie, zorgen ervoor dat de interesse in seksualiteit daalt, ongeacht de leeftijd van de persoon. Alleen wordt dit gevolg van depressie bij ouderen minder (h)erkend dan bij jongere mensen (Taylor & Gosney, 2011).

De Graaf e.a. (2004) schrijven dat er met het ouder worden een verschil kan optreden tussen beide partners, qua uiterlijk, gezondheid, vitaliteit, ... Deze verschillen kunnen aanleiding geven tot frustratie, jaloezie, ... De bestaande machtsbalans kan hierdoor wijzigen.

In de laatste levensfase, zo schrijven De Graaf e.a. (2004), wordt men geconfronteerd met verlieservaringen, zoals het verlies van de partner, verlies van status, macht, lichamelijke gezondheid. Schuldgevoelens (al dan niet bij het aangaan van een nieuwe relatie), angst om onaantrekkelijk gevonden te worden, periodes van rouw, ... kunnen hun weerslag hebben op het seksuele verlangen.

Ook Eulderlinck e.a. (2008) sommen enkele voorbeelden van psychosociale oorzaken van seksuele problemen op: het al dan niet samenwonen met een partner, eventuele ziekte van een partner, hoe de relatie is, faalangst, libidoverlies. Ook normen van de persoon en zijn omgeving omtrent seks op latere leeftijd, of het feit dat seks gezien wordt als louter ten dienste van de voortplanting zijn mogelijke oorzaken van seksuele disfuncties.

Ouderen internaliseren het vooroordeel dat seks op oudere leeftijd verkeerd of ongepast is (Taylor & Gosney, 2011). Dit heeft als gevolg dat ouderen niet snel geneigd zijn om hulp te zoeken voor hun problemen (Taylor & Gosney, 2011).

De Graaf e.a. (2004) bevestigen dit: de huidige senioren generatie heeft nauwelijks geleerd om over seksuele zaken te praten, zij groeiden op in een tijd waarin seksualiteit onlosmakelijk verbonden was met voortplanting.

Wanneer bij koppels één van de partners dementie heeft, kan de situatie een grote draaglast teweegbrengen bij de andere partner. De interesse in seksualiteit kan in het dementieproces zowel toenemen als afnemen. Soms kan men zonder woorden gevoelens van verbondenheid en liefde uiten. Soms kan de persoon met dementie zijn gevoelens echter minder onder controle houden. Dan kan dit gevoelens van intimiteit tegenwerken bij de andere partner. Gezonde partners kunnen het gevoel hebben dat zij zich opdringen als ze verlangen naar seksuele intimiteit. Een veranderde persoonlijkheid kan ook invloed hebben op de partnerrelatie. Soms bieden enkele karaktertrekken een zekerheid, herkenning en moment van troost (Van Assche, 2015).

Tijdens het gehele dementieproces kan men geconfronteerd worden met gedrags- en psychische symptomen (Van de Ven, 2014) zoals roepen, agressie, dolen, seksuele ontremming als gedragsymptomen en wanen, hallucinaties, depressie, angst en apathie als psychologische symptomen. Van de Ven (2014) schrijft dat bijvoorbeeld apathie (een onverschilligheid ten aanzien van de partner en diens pogingen tot affectie), en ontremming (met hyperseksualiteit en een voortdurend appel op seksueel contact) invloed kunnen hebben op de seksuele beleving.

Verstraeten (2006) schrijft dat niemand ouderen het recht op genieten mag ontzeggen, dat ouderen medische en psychotherapeutische hulp moeten kunnen zoeken. Lichamelijke veranderingen, zo schrijft ze, ziekten en bepaalde medicijnen, kunnen het seksuele functioneren beïnvloeden, maar vaak zijn seksuele disfuncties daar niet direct een gevolg van. De oorzaak ligt eerder bij het gebrek aan informatie over de normale veranderingen in tijd en intensiteit, waardoor faalangst ontstaat (Verstraeten, 2006).

De Graaf e.a. (2004) schrijven eveneens dat onzekerheid en onwetendheid over normale verouderingsverschijnselen kunnen leiden tot een negatieve spiraal: faalangst, krampachtig vasthouden aan het oude patroon van vrijen, daarin falen en tot slot het vermijden van seksuele activiteit en lichamelijk contact.

Van Assche (2015) bevestigt dat lang niet elke lichamelijke stoornis aanleiding hoeft te geven tot vermindering van de seksuele activiteit. In de praktijk is dit nog te vaak het geval, ondanks dat er adequate hulpverlening voorhanden is. Door schaamte, negatieve stereotypen en ongemak om een gesprek te beginnen stappen ouderen minder snel naar een huisarts (Van Assche, 2015). De Graaf e.a. (2004) bevestigen dit: mannen met een erectiele disfunctie die wél hulp zouden willen, wachten één tot twee jaar voordat zij naar een hulpverlener gaan. Taylor en Gosney (2011) schrijven dit eveneens in hun review. Veel ouderen voelen zich 'alleen' met hun probleem, en hebben een verkeerd idee over de oorzaak of symptomen hiervan. Men maakt zich zorgen dat de arts hen als abnormaal zal beschouwen omdat ze op hun leeftijd om hulp komen vragen voor seksuele problemen. Ze willen de tijd van de dokter niet verspillen of willen geen hulpbronnen aanspreken (bv. medicatie) die voor jongere mensen kunnen dienen. De auteurs geven aan dat hier wellicht verschillen tussen verschillende landen en zorgsystemen bestaan.

Soms zijn hulpverleners echter verbaasd over de openhartigheid en de ontroerende manier waarop hoogbejaarden over hun seksualiteit en problemen spreken (Verstraeten, 2006).

### **c) Maatschappelijke factoren**

Demografische veranderingen hebben ervoor gezorgd dat het aandeel ouderen sterk toegenomen is. De levensverwachting voor vrouwen is hoger dan voor mannen. Dit onevenwicht in het aantal mannen en vrouwen in de latere generaties beïnvloedt het seksuele leven van ouderen (Van Assche, 2015; Eulderlinck e.a., 2008). Dit is ook zo op relationeel gebied: enerzijds verandert de beschikbaarheid van partners, anderzijds wordt men tegenwoordig vaak samen met zijn partner oud (De Graaf e.a., 2004).

Van de Ven (2014) schrijft dat we de waarden en normen waarmee wij opgegroeid zijn, voor een groot deel blijven meedragen. Daarnaast heeft de maatschappelijke beeldvorming op seksualiteit bij ouderen eveneens een impact op het eigenlijke seksuele functioneren van ouderen.

We kunnen in de maatschappij twee grote trends beschouwen in de visie op seksualiteit bij ouderen (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Enerzijds heerst er in onze maatschappij een stereotype visie op ouderen als asexueel. We associëren ouderen met lichamelijke aftakeling. Nog niet zo lang geleden werd seksualiteit voornamelijk gekoppeld aan voortplanting. Als die levensfase voorbij was, werd men verondersteld niet meer seksueel actief te zijn (Van Assche, 2015; De Graaf e.a., 2004). Daarom hebben ouderen zelf vaak het beeld dat seks geen deel meer uitmaakt van het leven op latere leeftijd, en keuren hun eigen seksuele interesse af. Dit houdt dan weer deze stereotype visie in stand (Van Assche, 2015). Seksualiteit wordt rechtstreeks in verband gebracht met schoonheid, gezondheid en jong zijn. Seksualiteit op latere leeftijd wordt gezien als een gedragsprobleem, en de infantilisering van ouderen werkt deze visie verder in de hand. Een gevolg van deze visie is dat hier een negatieve attitude ontstaat die een verlamdend effect kan hebben (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

De snelle evolutie in de manier waarop we naar relaties en seksualiteit kijken, heeft er voor gezorgd dat er grote verschillen bestaan tussen generaties. Zelfs binnen de groep 'ouderen' is er geen eensgezindheid. De oudste ouderen zijn opgegroeid in de tijd van de kerkelijke beheersingsmoraal. Daarna volgde de generatie die de seksuele revolutie heeft meegemaakt. Er was onder meer de komst van de anticonceptiepil in 1962, en vanaf 1974 was homoseksualiteit niet langer een psychische stoornis. Vervolgens kwam de babyboomgeneratie er aan (Van Assche, 2015). Deze laatsten hebben veranderende opvattingen over wat 'oud zijn' is, het aantal scheidingen op latere leeftijd stijgt, net als het aangaan van nieuwe huwelijken, niet-hetero levensstijlen, gebruik van dating sites, ... (Gott, 2006). Gott (2006) schrijft dat de vooruitgang in behandelingen en een verandering in attitudes van ouderen over seks en seksualiteit, geleid hebben tot veranderingen in de publieke opinie. De babyboomgeneratie wordt nu ouder. Zij zullen meer zelfzeker praten over seksuele noden (Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013; De Graaf e.a., 2004).

Dat brengt ons bij de tweede opvatting over seksualiteit bij ouderen, namelijk de mythe van de 'sexy senior'. Deze mythe legt meer druk op de oudere, die seksueel actief hoort te zijn indien mogelijk, terwijl niet iedere oudere dit wenst. De hulpbehoevende oudere valt hierbij uit de boot (Van Assche, 2015). Deze mythe wordt

versterkt door de medicalisering van seksuele disfuncties van ouderen, die gezien worden als een medisch te verhelpen probleem (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Verstraeten (2006) beschrijft dat, waar voorheen seksuele interesse van ouder wordenden sociaal onaanvaardbaar was, nu wordt verwacht van de oudere dat hij of zij seksueel actief blijft en dit desnoods met de hulp van de medische wetenschap: "de door de media aangezwengelde overbeklemtoning van het seksuele genieten dreigt een bezinning over de ware aard van liefde en seksualiteit bij de ouder wordende mens luidruchtig te overstemmen en de persoon zelf daardoor met de eigen vragen in de kou te laten staan" (Verstraeten, 2006, p.233).

De medicalisering van seksualiteit, en de opvatting dat seks een belangrijk onderdeel is van kwaliteit van leven, hebben geleid tot meer vraag naar advies en behandeling voor seksuele problemen bij ouderen. Toch zullen ouderen niet snel duidelijk maken dat deze problemen een negatieve invloed hebben op hun kwaliteit van leven of op hun relatie. Men gaat ervan uit dat dit een onderdeel van ouderdom is. Dit wordt zodanig ook aanvaard (Gott, 2006). Volgens De Graaf e.a. (2004) neemt inderdaad de prevalentie van seksuele problemen toe met de leeftijd, maar neemt de hinder juist af met de leeftijd.

Beide stereotype percepties laten ouderen weinig ruimte om hun seksualiteit te beleven zoals zij het willen. Deze visies doen afbreuk aan de verscheidenheid in hoe ouderen doorheen hun leven met seksualiteit omgaan (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

#### 4.4.5. Omgaan met de impact van biopsychosociale factoren

Er bestaan veel verschillende manieren waarop je kan omgaan met lichamelijke veranderingen en ziekte. Van Assche (2015) schrijft dat een open en positieve houding ten aanzien van seksualiteit en meer kennis erover, gepaard zal gaan met een grotere tevredenheid over het seksuele leven. Men zal creatiever zijn in het zoeken naar oplossingen en zo een bevredigende seksuele relatie behouden. Praten over diverse aspecten van seksualiteit is daarbij heel belangrijk. Men zal beter zicht hebben op beïnvloedende factoren en mogelijkheden om hierop in te grijpen. Bovendien zal dergelijke houding ervoor zorgen dat de drempel om professionele hulp te zoeken minder groot is.

Een positief zelfbeeld en algemeen psychisch welzijn is bevorderlijk voor het seksuele leven. Er zijn ook omstandigheden die het seksuele leven in positieve zin beïnvloeden, bijvoorbeeld het aangaan van een nieuwe relatie (Van Assche, 2015).

De invloed van negatieve gebeurtenissen op het seksuele leven bij ouderen wordt onderschat (Van Assche, 2015). Een voorbeeld van zo'n negatieve gebeurtenis is het overlijden van de partner, pensionering, negatieve gebeurtenissen in de voorgeschiedenis die gereactiveerd worden door een recente gebeurtenis, ... Stemmingsstoornissen, affectieve stoornissen, zoals depressie of angst, doen het seksuele verlangen vaak afnemen. Dit kadert in een algemeen verminderd welzijn. Omgekeerd kunnen seksuele stoornissen een depressieve reactie uit lokken (Van Assche, 2015).

De eigen levensgeschiedenis zal mee bepalen hoe men zich op seksueel vlak ontwikkelt. Opgroeien met een veilige hechting en open communicatie over seksualiteit zal een positieve invloed hebben. Onderzoekers stellen echter vast dat op elke leeftijd seksuele verandering mogelijk is en dat mensen in staat zijn om tot op hoge leeftijd bij te leren als ze daar de kans toe krijgen (Van Assche, 2015).

#### **4.5. De plaats van intimiteit en seksualiteit in een woonzorgcentrum**

Uit onderzoek blijkt dat seksualiteit voor heel wat ouderen in een zorgvoorziening, een heel belangrijk aspect van hun leven is en blijft (Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, Nay, Wellman & Beattie, 2013). Veel bewoners beschouwen seksualiteit als een privézaak waarin ze zo weinig mogelijk inmenging van buitenaf wensen, laat staan van familieleden. Maar er zijn ook ouderen die hun seksueel actieve leven achter zich gelaten hebben en dit vooral aan het verleden linken.

Wanneer we spreken over seksualiteit bij ouderen in woonzorgcentra, moeten we volgens Hajjar en Kamel (2004) rekening houden met een ruime interpretatie van het begrip seksualiteit. Het gaat niet enkel over de geslachtsdaad op zich, maar over iedere activiteit die het zich geliefd voelen met zich meebrengt. De setting van een woonzorgcentrum speelt een bepalende rol in hoeverre een bewoner een aangenaam seksleven kan hebben. Vaak zijn de voorzieningen gericht op het bieden van medische zorgen in een veilige en therapeutische omgeving. De laatste jaren is er een trend om van een woonzorgcentrum meer een thuis te maken, dit wordt gedeeltelijk bereikt door bewoners meer inspraak te geven.

Als men verhuist naar een woonzorgcentrum, is dat vrijwel altijd omdat men om één of andere reden niet meer zelfstandig thuis kan blijven wonen. Volgens De Graaf e.a. (2004) kan dat betekenen dat seksualiteit in eerste instantie geen hoge prioriteit heeft, terwijl in een latere fase steun, emotionele veiligheid en intimiteit vaak erg belangrijk worden. Helaas spelen woonzorgcentra hier vaak niet of te weinig op in (De Graaf e.a., 2004). De zorg voor de intimiteits- en seksualiteitsbeleving van ouderen in een voorziening is een fenomeen waar tot nog toe weinig ethische reflectie aan werd gewijd (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Volgens Hajjar en Kamel (2004) is het beleven van een bevredigend seksleven afhankelijk van de mate van eigenwaarde, de lichamelijke gezondheid, sociale acceptatie en een ondersteunende omgeving. Beïnvloedende factoren in woonzorgcentra zijn het gebrek aan privacy, de attitude van personeel en van familie (Hajjar & Kamel, 2004). Het grootste probleem binnen een woonzorgcentrum is volgens Van Assche (2015) niet het verlangen naar erotiek en seksuele activiteit, maar wel het restrictieve klimaat waarbinnen deze verlangens tot uiting moeten komen. Hierbij gaat het om de attitude van de hulpverleners, het gebrek aan privacy, moeilijke toegang tot hulpmiddelen, gebrek aan mogelijkheden om met een nieuwe partner veilig seksueel contact aan te gaan.



#### 4.5.1. Verlies van zelfredzaamheid

De verhuis van de eigen woning naar een woonzorgcentrum heeft een grote impact op de meeste ouderen. Sociale contacten die men had opgebouwd vallen weg, men komt in een totaal nieuwe omgeving terecht, de oudere moet rekening leren houden met regels die men zelf niet heeft gekozen. Er is niet altijd voldoende aandacht voor de nood aan menselijk contact en de mogelijkheid om tijd aan lichamelijke behoeften te spenderen is beperkt (Van Assche, 2015).

Geenen (2009) waarschuwt voor het 'hospitalisatiesyndroom'. Een langdurig verblijf in ziekenhuizen, woonzorgcentra, revalidatiecentra zorgt voor een grote afhankelijkheid van anderen. Bijna automatisch leidt dit tot apathie, onderdanigheid, weinig initiatief, verminderde interesse in de toekomst, verwaarlozing van persoonlijke verzorging enzovoort. Aan de oorzaak daarvan liggen isolatie van de buitenwereld, een strak dag-nachtritme, verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid, zelfvervreemding en het gebrek aan privéleven. Gezamenlijke ruimten, altijd iemand in de buurt, vaste spreekuren, dwingen mensen zich aan te passen en eigen behoeften voor een deel uit te bannen.

De WHO (2015) stelt dat alle personen de rechten van anderen moeten respecteren. Wat volgens Heath (2011b) niet duidelijk in de richtlijnen omschreven staat, is hoe je een evenwicht moet vinden tussen het garanderen van de individuele rechten van de mens, de autonomie bewaken en het beschermen van kwetsbare personen. Dit laatste is een aandachtspunt bij het omgaan met seksualiteit van ouderen met dementie. Personeel van woonzorgcentra heeft het soms ook moeilijk om eigen grenzen te bewaken, in het bijzonder in hoeverre zij zelf betrokken willen worden in het omgaan met seksualiteit.

#### 4.5.2. Het aangaan van intieme relaties

Volgens Geenen (2009) worden persoonlijk getinte relaties tussen bewoners in woonzorgcentra als onjuist beschouwd. Gedrag dat niet in het normale patroon past is storend, kost te veel tijd of is lastig. Dit wordt bevestigd door De Graaf e.a. (2004). Deze laatsten vermelden dat dit nog moeilijker is voor ouderen met homoseksuele of lesbische voorkeuren.

De meeste ouderen vinden het uiten van seksualiteit in een voorziening zeer moeilijk. Personeel heeft onvoldoende begrip of kennis van seksualiteit op latere leeftijd, en geen oog voor de behoeften van bewoners op dit vlak. Bewoners missen de kans om zich mooi te maken en aandacht te besteden aan hun uiterlijk. Ook het gebrek aan mogelijkheden om intieme relaties aan te gaan wordt door heel wat bewoners ervaren (Bauer, Fetherstonhaugh e.a., 2013).

In veel voorzieningen zijn er beperkende regels en gewoontes met betrekking tot seksualiteit en worden seksuele relaties tussen bewoners nogal eens afgekeurd. Er wordt volgens Van Assche vaak te snel restrictief opgetreden (2015).

#### 4.5.3. Infrastructuur en privacy

De wens om je seksueel uit te drukken, intieme relaties aan te gaan of seksueel contact te hebben is in een woonzorgcentrum niet eenvoudig te realiseren. Heath (2011b) benoemt enkele van de mogelijke belemmeringen: meervoudige handicaps, mentale gezondheid, dementie, beperkte mobiliteit, chronische pijnen, incontinentie, ... zijn zaken waar ouderen in ouderenvoorzieningen vaak mee geconfronteerd worden.

Maar, en daarmee zitten Heath (2011b), Van Assche (2015) en De Graaf e.a. (2004) op dezelfde golflengte, ook de infrastructuur is er niet altijd op voorzien om voldoende privacy en intimiteit te garanderen.

Meestal is er enkel een gemeenschappelijke living en kan men de slaapkamer niet sluiten. Bewoners hebben hoge zorgnoden. Daardoor is er vaak andere uitrusting nodig, zoals éénpersoonsbedden die verstelbaar zijn in hoogte. Deze zijn nodig om de handelingen voor het personeel te vergemakkelijken, maar bevorderen niet de intimiteit tussen twee personen (Heath, 2011b; De Graaf e.a., 2004). Vaak is er geen dubbel bed beschikbaar voor koppels met een lange relatie.

Ook Van Assche (2015) schrijft dat een opname in een woonzorgcentrum vaak tot gevolg heeft dat er een gebrek is aan mogelijkheden (voor partners) om intiem samen te zijn. De auteur geeft aan dat er meestal te weinig mogelijkheden zijn om zich in de kamer af te zonderen. Als dit wel kan, is er vaak geen mogelijkheid om de kamer te sluiten of een bordje 'niet storen' te hangen.

Personeel komt vaak onaangekondigd en onverwacht binnen in de slaapkamer van bewoners (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

Soms wordt er een privékamer ter beschikking gesteld, maar dan weet iedereen wat je op die kamer gaat doen (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013). Kortom, veel ouderen vinden een voorziening geen gunstige omgeving om hun seksualiteit tot uiting te laten komen (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

Kamers die bedoeld zijn voor intieme ontmoetingen lopen hun doel voorbij als het klimaat in het woonzorgcentrum er niet aan aangepast is (Van Assche, 2015): zo zijn er te vaak beperkende regels en gewoontes met betrekking tot seksualiteit en worden seksuele relaties nog te vaak afgekeurd.

Gebrek aan privacy wordt dus door verschillende auteurs genoemd als een barrière in woonzorgcentra om zich seksueel uit te drukken (Taylor & Gosney, 2011; Elias & Ryan, 2011; De Graaf e.a., 2004; Bauer, Fetherstonhaugh e.a., 2013).

Voorzieningen moeten volgens Bauer, Fetherstonhaugh e.a. (2013) een grotere verantwoordelijkheid nemen om te verzekeren dat de rechten van de bewoners gewaarborgd worden. Men zou tijd en ruimte moeten creëren die de bewoner als voor zichzelf kan beschouwen.

Het is bekend dat personeel informatie uitwisselt over bewoners. Personeel heeft vaak een ongelimiteerde toegang tot de persoonlijke ruimte van de bewoner en bewoners worden van heel dichtbij gemonitord (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

Familie wordt door de voorziening vaak betrokken in persoonlijke zaken, omdat men hen tevreden wil stellen. De betrokkenheid van familie zou individueel overwogen moeten worden, waar mogelijk moet de bewoner hier zelf over kunnen beslissen (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

#### **4.6. Houding van hulpverleners ten opzichte van seksualiteit bij ouderen**

Volgens Elias en Ryan (2011) heeft de negatieve houding van het personeel invloed op de seksualiteitsbeleving van de ouderen. De opname in een voorziening veroorzaakt niet noodzakelijk een verminderde interesse in seks, maar het seksueel gedrag vermindert vaak wel. De omgeving en de attitude van personeel dragen bij tot het gebrek aan kansen om seksueel actief te zijn. Bovendien wordt er volgens de auteurs in woonzorgcentra weinig rekening gehouden met diversiteit in seksuele interesse (Elias & Ryan, 2011).

Er is in de ruimere samenleving een zekere terughoudendheid om seksuele kwesties ter sprake te brengen. Dit geldt eveneens binnen de context van het woonzorgcentrum. Hulpverleners gaan seksualiteit bij oudere bewoners nogal eens afkeuren (Van Assche, 2015). Personeel kan moeilijk omgaan met seksualiteit bij bewoners en is daar onvoldoende in getraind (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013). Volgens Bauer, Fetherstonhaugh e.a. (2013) is personeel in woonzorgcentra niet altijd aanspreekbaar over seksualiteit, hebben zij te weinig kennis en zijn ze vaak veroordelend tegenover seksuele behoeften van bewoners. Ze zien niet altijd het belang in van persoonlijke verzorging en een verzorgd uiterlijk als deel van uiting van seksualiteit, terwijl zij daar juist een belangrijke rol in spelen.

Van Assche (2015) verwijst naar Elias en Ryan (2011) die schrijven dat de attitude ten opzichte van seksualiteit afhankelijk is van de mate waarin concreet benoemd wordt waarover het gaat. Als abstracte principes ter sprake komen, gaan de hulpverleners akkoord (bijvoorbeeld recht hebben op seks). Hoe concreter de voorbeelden, hoe minder tolerantie. Jongere medewerkers, met relatief beperkte werkervaring, blijken een negatieve attitude te hebben ten opzichte van seksualiteit bij bewoners, zeker als het gaat om bewoners met grotere afhankelijkheid. De verdraagzaamheid is groter bij een al langer bestaande heteroseksuele koppelrelatie dan bij een nieuw gevormde relatie of bij homoseksuele contacten (Elias & Ryan, 2011).

Taylor en Gosney (2011) en Mahieu, Van Elssen en Gastmans (2011) beschrijven een aantal onderzoeken waarbij de reacties van personeel op het seksueel gedrag van bewoners werden onderzocht. Het seksueel gedrag van ouderen met dementie werd opgedeeld in drie categoriën. Het personeel aanvaardde en moedigde gedrag dat *tederheid en affectie* bevatte aan. *Romantisch gedrag* lokte gemengde reacties uit, onder meer amusement. *Erotisch gedrag* van bewoners met dementie zorgde voor

gevoelens van kwaadheid en weerzin. Men reageerde neerbuigend en spottend naar partners die hun echtgenoot kwamen bezoeken, zonder aandacht voor de erotische noden van het koppel. Alhoewel seksualiteit uitdrukken een basismensenrecht is, vonden personeelsleden dit storend (Taylor & Gosney, 2011).

Elias en Ryan (2011) verwijzen naar een aantal onderzoeken waarbij de nadruk gelegd wordt op het ongepast gedrag als symptoom van dementie en het evenwicht dat personeel moet vinden tussen het respecteren van de autonomie van de persoon met dementie en hun familie.

Mahieu e.a. (2011) schrijven dat ervaringen van verplegend personeel beïnvloed worden door hun eigen comfortniveau ten opzichte van seksuele onderwerpen en door de sfeer in de organisatie.

Roach (2004) schrijft dat de attitude van personeel een significante impact heeft op de overtuigingen en acties van bewoners. De auteur beschrijft het paradigma van 'Guarding discomfort': elk personeelslid zal zijn of haar eigen niveau van 'comfort' bewaken. Dit heeft invloed op de manier van omgaan met bewoners.

Hierbij beschrijft Roach vier mogelijke manieren waarop personeel kan omgaan met seksualiteit bij bewoners.

- Standing guard: een houding waarbij neerbuigend en betuttelend wordt gehandeld naar de bewoners toe. Personeel voelt zich oncomfortabel bij seksuele onderwerpen en de organisatie is nogal limiterend naar de noden van bewoners toe.
- Reactive protection: personeel voelt zich oncomfortabel bij het onderwerp maar de organisatie ondersteunt wel de seksualiteit bij bewoners. Het personeel treedt defensief op.
- Guarding the guards: een houding waarbij het personeelslid de rechten van de bewoners zal promoten en zal proberen de collega's hiervoor warm te maken. Er is een beperkende ethos in de voorziening, die een constante bedreiging vormt voor het empowerment van de bewoners. Het personeel is echter wel comfortabel met seksuele onderwerpen.
- Proactive protection: de organisatie is eveneens ondersteunend naar de seksuele noden van de bewoners toe. Er wordt voorlichting en opleiding gegeven aan bewoners, personeel en familieleden (Roach, 2004).

Zoals eerder reeds aangegeven heersen er in onze maatschappij twee stereotype visies op seksualiteit bij ouderen. Enerzijds hebben we de visie van de aseksuele oudere. In deze visie wordt seksualiteit rechtstreeks in verband gebracht met schoonheid, gezondheid en jong zijn. Een gevolg van deze visie is dat hier een negatieve attitude ontstaat die een verlamrend effect kan hebben op zowel jongeren als ouderen (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Anderzijds beschreven we reeds de mythe van de 'sexy senior'. Van Assche (2015) schrijft dat deze mythe meer druk legt op de oudere, die seksueel actief hoort te zijn indien mogelijk, terwijl niet iedere oudere de wens heeft om seksueel actief te zijn. De hulpbehoevende oudere blijft bovendien in de kou staan (Van Assche, 2015).

Mahieu e.a. (2011) omschrijven dit als ageïsm, discriminatie op basis van leeftijd. Verzorgend personeel heeft een goede band met de bewoners, wat het uiten van seksualiteit zou moeten vergemakkelijken. Maar het personeel beslist welke uitingen van seksualiteit getolereerd worden. Bewoners worden vaak 'geïnfantiliseerd' wat ervoor zorgt dat verzorgend personeel hen moeilijk kan zien als seksuele wezens. Dit wordt versterkt door bovenstaande stereotypen en mythes, waardoor seksuele interesse bij ouderen gezien wordt als een gedragsprobleem in plaats van als een menselijke basisbehoefte aan liefde en intimiteit.

De attitude van personeel in de ouderenzorg is volgens Taylor en Gosney (2011) eerder gebaseerd op stereotypes en vooroordelen, dan op ervaringen met zorgvragers. Bovendien spelen ook persoonlijke opvattingen mee, bijvoorbeeld het weerzinwekkend vinden dat ouderen seksuele contacten hebben, geloofsovertuigingen en morele overtuigingen. Ook beschaamdheid, gebrek aan kennis of gebrek aan ervaring met dit onderwerp kunnen dit beïnvloeden (Taylor & Gosney, 2011).

Risico's van onbeschermd seks worden bijvoorbeeld niet vaak besproken met ouderen (Taylor & Gosney, 2011). Men richt zich voornamelijk op jongeren. Hulpverleners hebben schrik om ouderen te beledigen door deze onderwerpen ter sprake te brengen (Gott, 2006; Taylor & Gosney, 2011) of om hun relatie met de patiënt op het spel te zetten (Taylor & Gosney, 2011).

Hajjar en Kamel (2004) schrijven eveneens dat de overwegend negatieve houding van hulpverleners en familieleden ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van ouderen een factor is die invloed heeft op de mate waarin seksualiteit bij ouderen tot uiting komt. Deze houding wordt vaak gevoed door het stereotype beeld van de asexuele oudere. Het gevolg daarvan is dat uitingen van seksuele intimiteit door bewoners meestal enkel in negatieve zin, voornamelijk als ongepast gedrag of probleemgedrag, worden gezien in plaats van als uitingen van nood aan liefde en intimiteit. Bij hulpverleners en familie doet dit gevoelens van onwennigheid, schaamte, verontwaardiging en afkeer ontstaan (Hajjar & Kamel, 2004). Hulpverleners vinden het vooral moeilijk om expliciete seksuele gedragingen te begrijpen, te accepteren en te plaatsen in de hulpverleningscontext. Als het gaat over een knuffel of een kus op de wang, vindt men dit meer aanvaardbaar.

Uit de literatuur komt naar voor dat het accepteren en erkennen van de seksuele noden en behoeftes bij ouderen een eerste stap is (Van Assche, 2015; Taylor & Gosney, 2011). Een niet-veroordelende en niet-discriminerende houding, waarbij men openstaat voor ieders achtergrond, is een voorwaarde (Heath, 2011b).

Culturele diversiteit onder het personeel en bewoners mag geen inconsistente zorg en tegenstrijdige benaderingen als gevolg hebben. Het personeel heeft de plicht om een omgeving te creëren die de bewoners helpt om hun noden en wensen te vervullen. Tegelijkertijd dienen ze ieders waardigheid te respecteren zonder anderen te schaden (Hajjar & Kamel, 2004).

#### **4.7. Grensoverschrijdend gedrag**

Vlaams minister Jo Vandeuren verplicht de sector vanaf 1 januari 2015 een beleid te ontwikkelen om bewust, structureel en doordacht met grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners ten aanzien van zorgvragers om te gaan (Vandeuren, 2015). Wanneer we spreken over seksueel grensoverschrijdend gedrag, kunnen we inderdaad twee richtingen uit. Van de hulpverlener naar de bewoner toe, spreken we van machtsmisbruik en ouderenmisbehandeling. Daar ga ik in dit werk niet verder op in.

Van Assche (2015) schrijft dat wie met ouderen werkt, thuis of in een zorginstelling, automatisch geconfronteerd wordt met uitingen van intimiteit en seksualiteit. Het gaat niet enkel over aanrakingen, maar ook over de nood aan warm contact, geborgenheid en bevestiging. De leefwereld van zorgbehoevende ouderen wordt vaak kleiner. Het aantal sociale contacten krimpt en er is een blijvende nood aan nabijheid. De hulpverleners nemen een belangrijke plaats in binnen de leefwereld van de oudere. De hulpverlener wordt een vertrouwenspersoon, zal een luisterend oor bieden of een hand vasthouden. De verzorging vindt plaats in de persoonlijke ruimte van de oudere. Soms groeit er bij de oudere een verlangen naar intimiteit of ontstaan er fantasieën, waarbij de persoonlijke ruimte van de zorgverlener wordt bedreigd (Van Assche, 2015).

Hulpverleners worden soms geconfronteerd met seksueel grensoverschrijdend gedrag van de oudere naar hen toe. Men voelt aan dat de persoonlijke integriteit wordt bedreigd of aangetast. Er wordt weinig stilgestaan bij dit soort incidenten, zegt Van Assche (2015). Mogelijks komt dit door de grote werkdruk. Anderzijds voelen hulpverleners zich ook sneller verantwoordelijk voor wat er gebeurt, en durven ze er niet mee naar buiten komen omdat ze schrik hebben dat ze het hebben uitgelokt.

Grensoverschrijdend gedrag kan ook niet fysiek, en dus minder zichtbaar, zijn: vragen naar het privéleven van de hulpverlener kan even goed een gevoel van onbehagen teweeg brengen (Van Assche, 2015).

#### **4.8. Nood aan training en vorming van hulpverleners**

Uit het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016) bleek dat dit onderwerp meer aandacht moet krijgen, en dat er interesse is in gerichte vormingen en opleidingen. In de literatuur wordt eveneens door verschillende auteurs aangetoond dat er nood is aan training en vorming van personeel over seksualiteit en intimiteit bij ouderen.

##### **4.8.1. Bewustmaking van seksualiteit en seksuele noden bij ouderen**

Verschillende auteurs benadrukken de nood aan vorming en training met als doel de kennis over seksuele noden bij ouderen te vergroten en deze te leren aanvaarden. Taylor en Gosney (2011) en Gott (2006) vinden dat hulpverleners moeten worden opgeleid om bewuster te worden van seksualiteit op oudere leeftijd. Taylor en Gosney

(2011) vinden dat omgaan met seksualiteit bij ouderen deel moet uitmaken van de basisopleiding.

Er is te weinig opleiding met betrekking tot de seksuele noden van ouderen in voorzieningen, seksuele gezondheid en behoefte-evaluatie (Bauer, McAuliffe e.a., 2013; Taylor & Gosney, 2011; Gott, 2006).

Een belangrijke stap naar openheid is het besef bij de hulpverlener dat seksuele noden, fantasieën of verlangens blijven bestaan en aandacht verdienen, schrijft Van Assche (2015). Hulpverleners moeten leren accepteren dat ook ouderen kunnen genieten van een actief seksleven (Taylor & Gosney, 2011; Bauer, McAuliffe e.a., 2013). Als zij dit niet kunnen erkennen, dan is er weinig kans dat dit onderwerp verder onderzocht zal worden, dat er juiste diagnoses gesteld kunnen worden en de juiste behandelingen kunnen worden voorgeschreven (Taylor & Gosney, 2011).

#### 4.8.2. Invloed op attitude en tolerantie

Men vindt in de literatuur opleiding en positieve beeldvorming belangrijk omdat dit invloed heeft op de attitude en vooroordelen tegenover seksualiteit bij ouderen.

Hajjar en Kamel (2004) schrijven dat het gebrek aan voorlichting over seksualiteit bij ouderen als gevolg heeft dat er een negatieve attitude ontstaat bij personeel ten aanzien van seksueel gedrag van ouderen.

Het onderzoek van Bauer, McAuliffe e.a. (2013) toont aan dat opleiding over seksualiteit bij ouderen voor verplegend personeel in woonzorgcentra een significante impact heeft op de attitude. Mahieu e.a. (2011) schrijven dat het ontwikkelen van opleiding de kennis over seksualiteit in het latere leven kan verhogen. Dat kan een positieve attitude en tolerantie tegenover seksualiteit in de ouderdom teweegbrengen (Mahieu e.a., 2011).

Vooroordelen in de maatschappij over ouderen en seksualiteit, zoals het idee dat seks op oudere leeftijd ongepast is, zouden kunnen worden tegengegaan door in de lessen seksuele voorlichting aan jongeren informatie te geven over seksualiteit op oudere leeftijd (Taylor & Gosney, 2011).

Heath (2011b) meent dat personeel door opleiding begrip kan leren opbrengen voor verschillende culturen en geloofsovertuigingen. Personeel in woonzorgcentra moet respect tonen voor ieders achtergrond, cultuur en geloof. Kennis daarvan is heel belangrijk. Dit vraagt om voldoende informatie en documentatie. De organisatie moet niet-veroordelend en niet-discriminerend gedrag promoten (Heath, 2011b).

Er bestaan grote verschillen in opvattingen, waarden en normen tussen de verschillende generaties in onze maatschappij. Het vraagt inspanningen om elkaar te begrijpen op het vlak van intimiteit, seksualiteit en relaties (Van Assche, 2015).

Van Assche (2015) verwijst naar een onderzoek waarbij aan bewoners, familie en hulpverleners van een woonzorgcentrum gedurende drie weken, eenmaal per week,

lezingen en films werden aangeboden over seksualiteit bij ouderen. Er volgde iedere keer een discussie en er werd literatuur aangeboden. Een maand na het einde van dit programma werd vastgesteld dat deze groep een grotere kennis had van seksualiteit bij ouderen. Er was een grotere verdraagzaamheid tegenover seksueel gedrag van de bewoners en de tolerantiegraad was toegenomen. Het seksuele gedrag van de bewoners was gestegen met maar liefst 400% (Van Assche, 2015).

#### 4.8.3. Communicatieve vaardigheden verhogen

De communicatieve vaardigheden van personeelsleden om dit onderwerp ter sprake te brengen, met respect voor de individuele verschillen in seksuele interesse en activiteit, moeten verbeteren door middel van vorming (Taylor & Gosney, 2011; Gott, 2006).

Zorgverleners geven volgens Taylor en Gosney (2011) zelf aan dat ze te weinig training hebben en dat ze niet proactief te werk gaan met betrekking tot dit thema.

#### 4.8.4. Gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag

Van Assche (2015) schrijft dat professioneel omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag een belangrijke basisvaardigheid is voor de hulpverlener in de ouderenzorg. Dit komt tot op heden te weinig aan bod in opleidingen of navormingen. Een groot deel van de hulpverleners bestaat uit jonge vrouwen, met een heel andere visie op relaties en seksualiteit dan de oudere bewoners. Seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft invloed op het welzijn en werk(comfort) van de hulpverlener. Het gaat echter eveneens over de kwaliteit van de zorg en het welzijn van de oudere.

### **4.9. Nood aan een seksualiteits- en intimiteitsbeleid en visie**

De bevroegde personeelsleden in het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) geven aan dat er nood is aan een duidelijk seks- en intimiteitsbeleid in woonzorgcentra.

Heath (2011b) schrijft dat woonzorgcentra de verantwoordelijkheid hebben om hun personeel adequate training, supervisie en begeleiding aan te bieden indien nodig.

Woonzorgcentra moeten volgens Heath (2011b) een beleid ontwikkelen dat de rechten van alle personen die er wonen, werken en bezoeken ondersteunt. Een dergelijk beleid kan helpen om misverstanden en conflicten te voorkomen. Het moet verzekeren dat de rechten en persoonlijkheid van iedere belanghebbende herkend en gerespecteerd worden (Heath, 2011b). Men kan daartoe expliciete grenzen stellen. Het is in de praktijk immers niet evident om, naast de activiteiten van het dagelijks leven, een evenwicht te vinden tussen zorg dragen voor en observeren van bewoners, versus de rechten op privacy respecteren en seksuele activiteit ondersteunen. Kwetsbare



personen moeten bovendien beschermd worden voor ongepast of ongewenst contact met anderen (Heath, 2011b).

Ouderen die verhuizen naar een voorziening - en hun familie - moeten ingelicht worden over het beleid en de kans krijgen hun bezorgdheden te uiten. Het beleid moet regelmatig herbekeken worden in samenspraak met bewoners, familie en personeel. Eens men verhuisd is, moet de bewoner de kans krijgen zijn prioriteiten (bijvoorbeeld wat betreft privacy, voortzetten van intieme relaties) duidelijk te maken (Heath, 2011b).

Taylor en Gosney (2011) vinden dat men bezoeken aan de thuiswonende partner zou moeten vereenvoudigen en de privacy waar mogelijk zou moeten garanderen. Personeelsleden moeten zich bewust zijn van hun eigen emotionele reacties en attitudes, en zonder vooroordelen handelen naar de patiënt toe. Hiervoor kunnen supervisie en een multidisciplinaire benadering een hulp zijn (Taylor & Gosney, 2011).

We schreven reeds eerder dat Bauer, McAuliffe e.a. (2013) vinden dat personeel kennis moet hebben van de seksuele gezondheid van ouderen en van seksuele behoefte-evaluatie. Om effectief te zijn, moeten deze behoefte-evaluaties ook worden ondersteund door richtlijnen en het beleid.

De noodzaak van een beleid kwam aan bod in de bijscholing 'seksualiteit en ouderen, tijd om taboes te doorbreken', georganiseerd door Innofix bvba in samenwerking met Aditi vzw. Deze bijscholing werd gegeven door Miek Schepers. Volgens Schepers (2015) is er, omwille van de afhankelijkheidsposities die spelen in een woonzorgcentrum, nood aan een beleid. Het is niet duidelijk wat wel en niet mag, omdat we nog te veel handelen vanuit het buikgevoel. Er is een ruime diversiteit aan visies, zegt Schepers (2015). Door middel van een beleid kunnen we een cultuur creëren waar seksualiteit en intimiteit van ouderen vanuit een positieve mentaliteit bespreekbaar is. Grensoverschrijdend gedrag wordt eveneens bespreekbaar in een dergelijke cultuur. Schepers (2015) raadt het PLISSIT-model aan (Annon, 1974), dat kan vertaald worden naar beleid en seksualiteit:

- Permission: toestemming geven om te praten over dit thema (bijvoorbeeld in een onthaalbrochure vermelden, als aanknopingspunt)
- Limited information: (minimale vaardigheden) basale informatie, voorlichting met het accent op het vergroten van kennis en inzicht
- Specific suggestion: kennis, specifieke instructies of advies door 'ambassadeur van de organisatie', referentiepersoon met kennis over dit thema
- Intensive therapy: toegankelijkheid van de zorg, mensen met expertise naar wie je kan doorverwijzen

Dit model wordt eveneens door Heath (2011a) gebruikt in het kader van het omgaan met seksualiteit en intimiteit van bewoners.

Door middel van een beleid stel je de spelregels van de organisatie duidelijk: je scheidt een kader waarop je kan terugvallen naar personeel, bewoners en familie toe. Zonder kader handel je vanuit willekeur (Schepers, 2015).

Bij het ontwikkelen van een beleid dient men aandacht te hebben voor individugebonden seksualiteit en intimiteit van bewoners maar dient men tevens aandacht te hebben voor professionelen en familie (Schepers, 2015).

Het opstellen van een beleid is volgens Schepers (2015) een continu proces met de hele organisatie. Men vertrekt vanuit een algemene visie en verengt deze naar het thema seksualiteit en intimiteit en naar een ondersteuningsnota. Een beleid kent drie niveaus: kwaliteit, preventie en reactie. Het heeft doelstellingen op drie domeinen: kennis, attitudes en vaardigheden. Per domein dienen doelstellingen geformuleerd te worden: zorg, huisregels en accommodatie, vorming en deskundigheid en communicatie. Vervolgens dient men prioriteiten te stellen, een planning te maken en tot slot deze planning uit te voeren, te evalueren en bij te sturen (Schepers, 2015).

#### **4.10. Omgaan met seksualiteit bij bewoners**

Momenteel bestaan er weinig richtlijnen over hoe woonzorgcentra kunnen omgaan met seksualiteit bij bewoners.

Sommige woonzorgcentra nemen dit thema ter harte in hun kwaliteitsbeleid, of voorzien opleiding hierover, maar dit is zeker niet in alle woonzorgcentra het geval.

##### **4.10.1. Tips en richtlijnen in de literatuur**

Heath (2011b) stelt dat we er in het algemeen vanuit moeten gaan dat iemand in een voorziening leeft in 'zijn eigen huis', en dat dit principe, hoewel er juridische beperkingen kunnen zijn, zo goed mogelijk stand houdt in de meeste omstandigheden. Ouderen opgenomen in een voorziening hebben dezelfde rechten en vrijheden om hun leven te leiden zoals zij dit wensen. Dit mag echter geen omgekeerd effect hebben op de rechten van anderen (Heath, 2011b).

Als twee ouderen met normale mentale capaciteiten in een woonzorgcentrum een relatie met elkaar beginnen, en ze schaden daarmee niet de rechten van een ander, kan een hulpverlener daar in principe niets op tegen hebben (Heath, 2011b).

Van Assche (2015) beschrijft eveneens enkele richtlijnen hoe personeel kan omgaan met intieme en seksuele relaties die gevormd worden tussen bewoners.

In de eerste plaats hangt het er van af of beide bewoners cognitief valide zijn. Indien wel, moet men volgens Van Assche niet tussenbeide komen, maar de keuze van de bewoners respecteren.

Indien de bewoners niet allebei vrij zijn van verstandelijke problemen, kan men nagaan of er sprake is van machtsmisbruik. De hulpverlener moet daarvoor de situatie kritisch in vraag stellen en indien nodig tussen komen.

Als beide personen dementerend zijn, kan de hulpverlener de reacties van beide personen te observeren. Uiteraard moet men geen expliciete seksuele gedragingen toelaten in het bijzijn van anderen. Aandacht hebben voor de begeleiding van partners

en kinderen is belangrijk. Het helpt als er een duidelijk beleid is wat betreft de opvang van familieleden (Van Assche, 2015).

Heath (2011b) schrijft dat er vaak een spanning is tussen het respecteren van de mensenrechten en het handelen binnen het wettelijke kader. Beslissingen hangen af van de betrokken personen en van de specifieke omstandigheden. Er moet een uitgebreide evaluatie van individuele en specifieke situaties, inclusief de risico's, plaatsvinden. Indien mogelijk is het aangewezen de standpunten van verschillende personen te betrekken in de zorg en het advies van specialisten te overwegen. Iedere stap moet persoonsgericht zijn. De zorg moet persoonlijk zijn en niet gebaseerd worden op stereotypen. Verzorgend personeel moet streven naar de ondersteuning van mensenrechten, waardigheid, privacy, en keuzes maken (Heath, 2011b).

Hulpverleners moeten volgens Heath (2011b) steeds uitgaan van de rechten van de mens. Daarnaast moet men, indien de situatie besproken wordt met andere hulpverleners, steeds rekening houden met vertrouwelijke informatie en toestemming van de patiënt (Heath, 2011b).

Woonzorgcentra moeten volgens Heath (2011b) rekening houden met voldoende ruimte en privacy voor de bewoners, ook voor koppels. Men dient 'niet storen' kaartjes voor aan de deuren en bezoekersruimte te voorzien, en de mogelijkheid aanbieden om te kiezen voor een dubbel bed. Bovendien moet er toegankelijke informatie ter beschikking zijn over waar men terecht kan voor psychoseksueel advies, informatie over ziektes als gevolg van seksuele activiteit, HIV, ...

Verstraeten (2006) verwijst eveneens naar het recht op informatie en advies: "oudere paren hebben het recht om over dit alles correct geïnformeerd te worden en als zij zelf geen vragen durven stellen is het aan de arts om er een open gesprek over aan te gaan" (p.244).

Zoals eerder al is vermeld is er een zekere schroom om seksuele kwesties ter sprake te brengen, zowel van de hulpverlener uit als van de bewoner. Van Assche (2015) vindt dit nochtans geen overbodige luxe en verwijst hierbij naar de verandering van medicatie en de eventuele nadelige gevolgen op seksueel vlak. Dit zou moeten besproken worden met de bewoner.

Bijeenkomsten in kleine groepjes kunnen de emotionele toestand van bewoners positief beïnvloeden. Psychoseksuele noden moeten aandacht krijgen, en daar kan volgens Mroczek e.a. (2013) aan voldaan worden door sociale contacten te stimuleren. Door keuzes in dagelijkse activiteiten aan te moedigen kan personeel proactief werken aan een omgeving die de seksuele rechten van bewoners ondersteunt. Dit kan onder meer door een sociaal stimulerende omgeving aan te moedigen, vrijheid in seksuele expressie te promoten (inclusief educatie en begeleiding door derden), gedeelde interesses tussen bewoners onderling te stimuleren en inspraak in het beleid aan te moedigen (Roach, 2004).

Kennis van de rechten van de bewoners, en onderzoek naar oorzaken van eventueel ongepast seksueel gedrag zijn tevens noodzakelijk volgens Roach (2004).

Taylor en Gosney (2011) geven aan dat er een screening zou moeten gebeuren naar seksuele problemen bij ouderen, zeker bij hen die lijden aan chronische ziektes, bepaalde medicatie gebruiken, of urinaire problemen hebben. Vrouwen in de post-menopauze zouden moeten aangesproken worden indien ze dit zelf niet ter sprake brengen. Het helpt om toestemming te vragen om persoonlijke vragen te stellen. Men moet het gevoel hebben dat er voldoende tijd genomen wordt om het onderwerp te bespreken, en dat de privacy gegarandeerd wordt (ook naar de volwassen kinderen toe, ouderen willen dit onderwerp niet in hun bijzijn bespreken). Vaak voelen ouderen zich meer op hun gemak bij een arts of hulpverlener van hetzelfde geslacht en leeftijdsgroep. Het inlichten van ouderen over beïnvloedende factoren in de levensstijl (roken, obesitas, diabetes) kan ervoor zorgen dat men gezondere keuzes gaat maken. Bovendien zou men ouderen moeten inlichten over de veranderingen die ze kunnen verwachten als ze ouder worden, en de mogelijkheden die er bestaan om hen te helpen.

#### 4.10.2. Ethisch advies

Zorgnet Vlaanderen (2015) ontwikkelde in haar ethisch advies 'intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen' een antropologisch kader waar men zich op kan baseren in het ethisch reflecteren over seksualiteit bij ouderen met en zonder dementie. Zij baseren zich daarbij op het werk van Mahieu, Anckaert en Gastmans (2014). Men kan volgens hen niet altijd uitgaan van de autonomie van het individu, omdat personen met dementie vaak niet langer het vermogen hebben om op basis van een rationele afweging hun geïnformeerde toestemming te verlenen. In hun advies beschrijven ze vier fundamentele kenmerken van het menselijk bestaan.

- Een eerste kenmerk is het vreemde en (dis)continue zelf. Onze seksualiteit typeert ons ten diepste, maar blijft tegelijk vreemd voor ons. Ouderen met dementie ervaren dit nog sterker, omdat niet alleen zij zelf, maar ook hun omgeving vreemder wordt. Er is een dynamiek van ervaringen van continuïteit (we blijven dezelfde persoon) en van discontinuïteit (we groeien, passen ons aan, ...). Dit laatste ervaren mensen met dementie sneller.
- Een tweede kenmerk dat beschreven wordt in het advies van Zorgnet Vlaanderen (2015) is dit van het belichaamde zelf. We hebben een lichamelijke doelgerichtheid, een lichamenlijk geheugen, en dit kan zich bij dementie uiten in een prereflexieve lichaamstaal. Seksualiteit kan zich dan uiten in een lichamelijke dimensie, waarbij lichamelijke prikkels ondersteund worden door een gevoelsgebeuren.
- Als derde kenmerk beschrijft men het in-de-wereld-zijn. Wij hebben betekenisvolle relaties met de omringende wereld. De wereld is een vertrouwde horizon waar we ons niet altijd van bewust zijn. Bij ouderen met dementie verliezen vertrouwde objecten hun betekenis, net zoals de betekenis van publieke en private ruimten kunnen verdwijnen. Men gaat in het openbaar handelingen stellen die meer in private ruimten thuishoren. Handelingen die voor ons een seksuele lading hebben, kunnen voor hen eerder een uiting van een gevoel van ongemak zijn. Ze hebben bovendien ook een andere tijdsbeleving.

- Een vierde en laatste kenmerk is het met-anderen-zijn, of het mede-mens-zijn. We bevinden ons in een complex web van relaties, niet altijd zelf gekozen en niet altijd controleerbaar, waardoor we kwetsbaar zijn. We zijn lichamelijk kwetsbaar, en kwetsbaar voor de objectiverende blik van anderen. In die zin moeten wij de verantwoordelijkheid opnemen voor personen met dementie, door ervoor te zorgen dat zij daarin niet worden geschaad, ook niet wanneer ze bijvoorbeeld hun naaktheid tonen aan publiek of wanneer ze gewassen worden. Zorgnet Vlaanderen (2015) schrijft in haar advies dat het seksuele gedrag van personen met dementie niet moet worden opgevat als een medisch te behandelen probleem, maar als uitdrukking van een niet volstrekt beheersbaar en belichaamd in-de-wereld-zijn-met-anderen.

Zorgnet Vlaanderen (2015) ontwikkelde enkele aanbevelingen voor de zorgpraktijk, geïnspireerd op bovenstaand antropologisch kader, om op ethisch verantwoorde wijze om te gaan met ouderen-seksualiteit in (semi)residentiële zorgvoorzieningen. Deze kaders binnen de sfeer van de individuele persoon, de relationele sfeer, de institutionele sfeer en de maatschappelijke sfeer. Bij ieder onderdeel worden concrete aanbevelingen geformuleerd voor de hulpverlener en/of zorgvoorziening.

- De aanbevelingen van Zorgnet Vlaanderen (2015) binnen de sfeer van de individuele persoon kaders binnen het idee zich te richten op de actuele belevingen van de persoon (hoe beleeft de oudere zijn seksualiteit actueel, wat betekent een bepaald intiem of seksueel gedrag voor de oudere zelf?), respect te hebben voor de uniciteit van de mens en te onthouden dat verandering integraal deel uit maakt van de menselijke levensloop (Zorgnet Vlaanderen, 2015).  
Seksueel gedrag is niet enkel het resultaat van een rationeel besluitvormingsproces. Bijgevolg kan het vermogen om expliciete toestemming te geven geen sluitende voorwaarde zijn om seksueel gedrag toe te laten. Wel dient personeel een ondergrens te bewaken, alert te zijn voor tekenen van dwang, schade, of aantasting van het leefklimaat. Hiervoor is inlevingsvermogen, overleg, interpretatie, ... en het in rekening brengen van de concrete omstandigheden nodig (Zorgnet Vlaanderen, 2015).  
Men benadrukt eveneens dat we geen reden hebben om aan te nemen dat het leven van oudere mensen volledig in het teken zou moeten staan van de bescherming van de lichamelijke integriteit. Men moet vooral eerbied hebben voor het integrale welzijn van de oudere medemens. Men moet zich dus steeds afvragen welke risico's verbonden zijn aan seksueel gedrag, en deze tot een aanvaardbaar niveau brengen indien nodig. Via teamoverleg en contextgevoelige interpretatie dient men een evenwicht te zoeken waarbij zowel overbescherming als verwaarlozing worden vermeden (Zorgnet Vlaanderen, 2015).
- De aanbevelingen van Zorgnet Vlaanderen (2015) binnen de relationele sfeer benadrukken dat lichamelijke integriteit nooit als een verplichting aan iemand mag worden opgelegd. Er moet aandacht geschonken worden aan de relationele dynamiek en aan de beleving van de betrokken partners. Bij dementie kan er asymmetrie ontstaan in de relatie. Het is bijvoorbeeld

bijzonder delicaat wanneer een oudere met dementie een nieuwe relatie aangaat met een medebewoner, zonder medeweten van zijn partner. De hulpverlener moet dan voldoende aandacht besteden aan de opvang en begeleiding van de familie (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

- De aanbevelingen van Zorgnet Vlaanderen (2015) binnen de institutionele sfeer vragen aandacht voor het gegeven dat zorg plaatsvindt in een institutionele en maatschappelijke context. Het is belangrijk om maatregelen te nemen met betrekking tot de architectuur, die de bescherming van de privacy van bewoners verbeteren. Omgaan met privacy, als attitude, is eveneens belangrijk. Bijvoorbeeld een respectvolle houding, kloppen op de deur en wachten op een antwoord, ... Bewoners met dementie kunnen dikwijls moeilijk het onderscheid maken tussen publieke en private ruimten. Daardoor stellen ze soms handelingen in publieke ruimten die daar niet thuis horen. Daarnaast wordt ook voorzichtigheid gevraagd betreffende het meedelen van informatie aan familieleden of derden.

Het is eveneens belangrijk dat personeelsleden hun eigen veronderstellingen en verwachtingen tussen haakjes plaatsen en openheid tonen voor de achtergrond en ervaringen van anderen. Daarbij hebben zij de plicht om hun eigen fysieke, psychische, sociale en morele integriteit te beschermen. De organisatie moet opleiding voorzien, zodat medewerkers inzicht en kennis verwerven met betrekking tot ouderenseksualiteit, en zich beter bewust worden van hun eigen attitudes. Ervaringsgericht leren kan de capaciteiten tot empathie en kritische reflectie stimuleren. De voorziening kan een schriftelijk ethisch instellingsbeleid ontwikkelen, gebaseerd op essentiële waarden en normen. Dit beleid kan concrete aanbevelingen uitschrijven met betrekking tot de seksuele expressie van ouderen, waarbij extremen zoals de paternalistische houding enerzijds en de laissez-faire houding anderzijds worden vermeden (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

- De aanbevelingen van Zorgnet Vlaanderen (2015) binnen de maatschappelijke sfeer vragen respect voor de seksuele geaardheid van ouderen, ook met betrekking tot het onderbelichte aspect homoseksualiteit. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

#### 4.10.3. Omgaan met grensoverschrijdend gedrag

Het gebeurt dat personen met dementie ongepast seksueel gedrag stellen. Vaak is dat een reden voor opname in een voorziening, waardoor men er in voorzieningen vaker mee geconfronteerd wordt dan in een thuissituatie. Dit gedrag heeft een ongecontroleerd karakter, dat niet als intentioneel gedrag beschouwd kan worden. We moeten echter opletten dit gedrag als ongepast te bestempelen en te pathologiseren. De gepastheid van seksueel gedrag wordt namelijk mee bepaald door sociale en individuele percepties. Voor de persoon zelf kan dit gedrag een heel andere betekenis hebben dan voor derden (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Er moet onderscheid worden gemaakt tussen gedrag dat in essentie grensoverschrijdend is, en gedrag dat vanuit het perspectief van de omgeving als ongepast wordt ervaren (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Van Assche (2015) reikt een aantal handvatten aan die kunnen helpen in de praktijk: men schept best een duidelijk kader. De houding van de hulpverlener wordt best gekenmerkt door 'maximale benadering met behoud van afstand', zowel op emotioneel als op fysiek vlak (Van Assche, 2015). Dit wil zeggen: kunnen luisteren en aanwezig zijn als het nodig is, maar grenzen kunnen stellen aan het inlevingsvermogen en de nabijheid. Ook fysiek: lichaamscontact kunnen maken maar de grenzen van het fatsoenlijke niet overschrijden.

Daarnaast moet men in geval van grensoverschrijdend gedrag van de bewoners rekening houden met de diagnostiek: is er sprake van een misverstand? Hoe is het verstandelijk vermogen? Kan er sprake zijn van misidentificatie, ontremming, niet aanvoelen van wat gepast is, of is er sprake van doelbewust en opzettelijk handelen (Van Assche, 2015)?

Een assertieve houding van de hulpverlener, waarbij men het gedrag afkeurt maar niet de persoon verwerpt, is belangrijk. Soms begint iets echter heel subtiel en heeft de hulpverlener het gevoel medeplichtig te zijn. Indien mogelijk moet men van in het begin heel transparant en duidelijk zijn en vanuit de eigen persoon spreken. Ten slotte moet men het conflict kunnen afsluiten (Van Assche, 2015).

Indien het gedrag niet ophoudt, kan men een verantwoordelijke aanspreken en binnen het team taakafspraken maken (bijvoorbeeld met twee personeelsleden deze bewoner verzorgen)... Er moet wel voldoende veiligheid en ondersteuning binnen het team zijn om dit te kunnen bespreken. Supervisie en intervisie met een externe deskundige, waarbij rekening gehouden wordt met het standpunt van de bewoner, kunnen helpen (Van Assche, 2015).

#### 4.10.4. Bestaande instrumenten en organisaties

Er zijn een aantal instrumenten ontwikkeld die helpen bij het omgaan met seksualiteit bij ouderen. Enkele organisaties houden zich specifiek met dit thema bezig. Achtereenvolgens beschrijven een aantal voorbeelden uit België, daarna belichten we enkele instrumenten, visies en organisaties uit het buitenland die als inspiratie kunnen dienen.

- Zorgnet Vlaanderen ontwikkelde het eerder beschreven ethisch advies 'intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen'. Met dit ethisch kader wil men het taboe doorbreken op een wijze die het sereen bespreken van de vragen, noden, wensen en gedrag van ouderen met betrekking tot intimiteits- en seksualiteitsbeleving op instellingsniveau mogelijk maakt. Zorgnet Vlaanderen wil directieleden en leidinggevenden handvatten aanreiken om binnen een zorgvoorziening op een ethisch verantwoorde wijze vragen rond intimiteits- en seksualiteitsbeleving van ouderen te bespreken en te behandelen (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

- Aditi vzw geeft advies, informatie, ondersteuning en werkt aan sensibilisering betreffende seksualiteit bij mensen met een beperking. Zij hebben hun doelgroep in 2014 uitgebreid naar ouderen. Iedereen kan contact opnemen met Aditi vzw voor informatie en advies. Organisaties kunnen beroep doen op Aditi vzw voor hulp bij het ontwikkelen van een visie en missie, voor vormingen, maar ook voor praktische ondersteuning. Aditi vzw werkt samen met seksuele dienstverleners, die personen met een handicap of ouderen kunnen ondersteunen bij hun seksualiteitsbeleving. Aditi vzw ontwikkelde een leidraad voor het opstellen van een gedragscode "omgangscultuur" binnen het woonzorgcentrum. De gedragscode bevat richtlijnen voor medewerkers en bewoners over hoe omgaan met elkaar. Men is bezig met het ontwikkelen van een beslisboom om situaties met betrekking tot grensoverschrijdend seksueel gedrag te analyseren (Schepers, 2015).
- De expertise cel 'Active Ageing' van de focuslijn Intelligente Zorg van hogeschool UCLL geeft vormingen op vraag van het werkveld over thema's zoals seksualiteit in woonzorgcentra (University College Limburg-Leuven, z.d.).
- Mevrouw Els Messelis ontwikkelde een seksualiteits- en intimiteitskoffer, die in 2014 voorgesteld werd op de Wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (E. Messelis, persoonlijke communicatie, 23 maart, 2016). De koffer werd ontwikkeld om seksualiteit bespreekbaar te maken, de kennis over seksualiteit te verhogen en personeel hun eigen attitudes te laten herkennen en delen met anderen. Het is de bedoeling om vragen, noden en behoeften van ouderen met betrekking tot seksualiteit te leren kennen en hen ondersteuning te bieden. De koffer kan gebruikt worden bij (intergenerationele) vormingssessies rond seksualiteit en intimiteit, als educatief instrument bij vergaderingen, interviews, of als achtergrond om een seks- en intimiteitsbeleid te ontwikkelen in woonzorgcentra (Messelis, 2014). Deze koffer zal herwerkt worden in functie van het nieuwe boek dat Jan Van Velthoven en Els Messelis, in samenwerking met Ellen Van Houdenhove, aan het schrijven zijn met als werktitel "'Heaven can wait'. Q in zorg: het seks- en intimiteitsbeleid in woonzorgcentra". Het boek zal gepubliceerd worden bij Garant in het najaar van 2016 (E. Messelis, persoonlijke communicatie, 23 maart, 2016; Messelis, Van Houdenhove & Van Velthoven, 2015).
- Vzw sTimul Zorg-ethisch lab biedt aan medewerkers uit de ouderenzorg een workshop 'ethisch reflecteren over seksualiteitsbeleving bij ouderen' aan (sTimul: zorg-ethisch lab vzw, z.d.).
- Prezo woonzorg is eveneens een voorbeeld waarin duidelijk wordt dat seksualiteit bij ouderen meer aandacht krijgt. Prezo Woonzorg is een kwaliteitssysteem voor woonzorgcentra, ontwikkeld door Zorgnet Vlaanderen. Het onderwerp partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit wordt daarin



opgenomen als één van de zes levensgebieden van de bewoner (Vandenbussche, 2015).

- Een methodiek die kan helpen bij het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit bij ouderen, is empowerment. Via empowerment krijgt men greep op de eigen situatie en de omgeving. Men stimuleert mensen om keuzes te maken, controle uit te oefenen en beslissingen te nemen over hun eigen leven (Geenen, 2009).
- Een systeem om te evalueren of gedrag al of niet grensoverschrijdend is, en in welke mate, is het vlaggensysteem, ontwikkeld door Sensoa. Dit is vooral op gedrag van jongeren gericht, maar uiteraard komen ook volwassenen in de picture. Het gaat over 6 criteria: vrijwilligheid (niet gedwongen worden), wederzijdse instemming (niet dwingen, niet onder druk staan), gelijkwaardigheid (in leeftijd, of in mentale mogelijkheden, of fysieke mogelijkheden), respect (voor zichzelf en de ander, niet schaden), gepast in de omgeving (niet storend, op straat is anders dan in slaapkamer), passend bij de ontwikkelingsleeftijd. Zo kom je tot een groene vlag (normaal aanvaardbaar gedrag), gele vlag (begrenzen en sturen), rode vlag (onaanvaardbaar gedrag, moet stoppen), en zwarte vlag (moet onmiddellijk stoppen, sancties, gevaar) (Frans & Frank, 2014). De bedoeling is dat 'groen seksueel gedrag' meer ruimte krijg. Het Vlaggensysteem kan eveneens een hulpmiddel zijn om over seksueel gedrag van kinderen en jongeren neutraler en objectiever te communiceren. Ik deed via email navraag bij Sensoa-medewerker Karen De Wilde (persoonlijke communicatie, 5 januari, 2016). Zij vertelde me dat Sensoa geen ervaring heeft met het toepassen van het vlaggensysteem op de doelgroep ouderen, maar dat het wel kan toegepast worden op de doelgroep, mits de criteria aangepast ingevuld worden.

In de literatuurstudie vond ik de beschrijving van enkele instrumenten die in het buitenland ontwikkeld zijn in verband met dit thema.

- The Royal College of Nursing (RCN) heeft een handleiding ontwikkeld om hulpverleners te helpen omgaan met problemen met betrekking tot seksualiteit en intieme relaties bij ouderen in woonzorgcentra (Heath, 2011a). Deze handleiding heeft als titel "Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. An RCN discussion and guidance document for the nursing workforce". Deze handleiding biedt informatie over de problemen die invloed kunnen hebben op de seksualiteit, intieme relaties en seksuele activiteit van ouderen. De handleiding beschrijft enkele juridische en professionele kaders. Een aantal goede voorbeelden uit de praktijk komen aan bod. Men geeft tips hoe belemmeringen te identificeren en deze te verwijderen, en hoe personeel vertrouwen en competentie kan ontwikkelen in het omgaan met problemen over seksualiteit. Er komen tot slot enkele casussen aan bod die aangehaald kunnen worden in discussies (Heath, 2011a).

- In de handleiding van The Royal College of Nursing (RCN) verwijst Heath (2011a) verwijst naar het framework van Archibald (1994), dat kan helpen om in casussen na te gaan of er een probleem is, en wat de mogelijke oplossing kan zijn. Ik verwijs hiervoor naar bijlage 1. Eerst beschrijft men het 'probleem'gedrag: alvorens de situatie als een probleem te zien, moet men eerst goed nagaan wat er precies gebeurd is, wanneer het gedrag plaatsvond, wie erbij betrokken was, enz. Vervolgens is het belangrijk om na te gaan of er sprake was van een verkeerde interpretatie of misverstand. Indien er geen sprake is van een probleem, kan men het voorval evalueren. Als er na deze overwegingen besloten wordt dat er sprake is van een probleem, moet men ook nagaan wie dit een probleem vindt. Soms vindt personeel het meer vervelend dan de bewoner zelf. In dit verband schrijft Heath (2011a) dat men bij personen met dementie het gedrag moet proberen zien als een vorm van communicatie van iemand die zichzelf niet goed kan uitdrukken, en zich niet goed begrepen voelt door de omgeving. Als men weet voor wie het probleem zich stelt, kan men overgaan tot actie en evaluatie.
- Een gespreksmodel dat aanvankelijk gebruikt werd in gesprekstherapie, maar volgens Schepers (2015) en Heath (2011a) ook kan dienen om seksualiteit bespreekbaar te maken, is het PLISSIT-model (Annon, 1974). Je kan dit model vertalen naar beleid en seksualiteit. PLISSIT staat voor: **P**ermission: toestemming om te praten over een thema (bijvoorbeeld seksualiteit en intimiteit in de onthaalbrochure vermelden en deze gebruiken als aanknopingspunt), **L**imited Information: informatie/voorlichting, minimale vaardigheden die vereist zijn, **S**pecific **S**uggestions: concrete adviezen geven voor aanpassing of verandering, bijvoorbeeld door een referentiepersoon met kennis over dit thema, **I**ntensive **T**herapy: intensieve therapie, vertaald naar toegankelijkheid van de zorg. Dit hoeft niet door het personeel van het woonzorgcentrum te gebeuren, maar kan ook via doorverwijzing naar een seksuoloog of psycholoog. Niet alle stappen van dit model moeten doorlopen worden (Schepers, 2015). Dit model wordt eveneens besproken door Heath (2011a) in de handleiding van The Royal College of Nursing (RCN).
- Het Nederlandse kenniscentrum seksualiteit Rutgers ontwikkelde in samenwerking met andere organisaties een website ([www.seksindepraktijk.nl](http://www.seksindepraktijk.nl)) met veel informatie over seksualiteit in de zorg, het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid, het belang van training en van een beleid omtrent seksualiteit. In samenwerking met het Nationaal Zorg College (NZCO) stelden ze ook een scholingsmap 'seksualiteit en ouderen' samen. Deze scholingsmap kan je downloaden op deze website. De scholingsmap 'Seksualiteit en ouderen' bevat 4 lessen: seksualiteit en ouderen, gespreksvoering, grenzen erkennen, ziektebeelden en seksualiteit. Een praktijkopleider of teamleider kan de lessen geven (Muller-Schoof & Mouthaan, 2013).

## 5. Praktijk

Door middel van kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews wil ik enerzijds op zoek gaan naar hoe personeel van woonzorgcentra omgaat met seksualiteit bij bewoners. Hierbij is het ook van belang om te peilen naar de nood aan bijscholing en vorming. Anderzijds wil ik, op basis van de resultaten van de literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek, een vorming ontwikkelen om personeelsleden van woonzorgcentra in te lichten over seksualiteit bij ouderen en hoe ze daar best mee omgaan.

## 5.1. Kwalitatief onderzoek: semigestructureerde interviews

### 5.1.1. Onderzoeksvragen

Eenzijds willen we door middel van dit onderzoek te weten komen hoe personeelsleden omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. We willen nagaan in hoeverre ze nood ervaren aan het uitbouwen van een beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Anderzijds wensen we meer duidelijkheid te creëren over de nood aan opleiding.

Op volgende onderzoeksvragen wil dit onderzoek een antwoord bieden:

- 1) Denken de personeelsleden dat bewoners bezig zijn met seksualiteit en intimiteit, welke noden ervaren de bewoners volgens het personeel?
- 2) Welke factoren hebben volgens de personeelsleden een invloed op de seksualiteitsbeleving van bewoners?
- 3) Krijgen bewoners ruimte voor seksualiteitsbeleving in het woonzorgcentrum?
- 4) Werd het personeel reeds geconfronteerd met een situatie waarin bewoners uiting gaven aan seksualiteit, en hoe reageerden ze daarop?
- 5) In hoeverre ervaart het personeel nood aan het uitbouwen van een visie en beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen?
- 6) Ondervindt het personeel nood aan opleiding en vorming over dit thema?

### 5.1.2. Methodologisch kader

#### **a) Kwalitatief onderzoek**

Boeije (2012) omschrijft het doel van kwalitatief onderzoek als volgt: "Het doel is het onderwerp van onderzoek met de juiste begrippen te beschrijven en te begrijpen wat er zich afspeelt" (p.18).

Gezien de aard van de onderzoeksvragen werd in dit werkveldproject gekozen om een kwalitatief onderzoek te voeren (Boeije, 2012).

Nog een reden hiervoor is dat onderwerpen waarnaar nog maar beperkt onderzoek werd gevoerd, kwalitatief onderzoek vereisen om de situatie beter te begrijpen (Boeije, 2012).

Van Houdenhove e.a. (2016) pleiten voor meer kwalitatief onderzoek om een duidelijker beeld te krijgen van de manier waarop medewerkers van woonzorgcentra in de praktijk omgaan met seksualiteit van bewoners.

We bevragen in dit onderzoek de bevindingen en ervaringen bij personeelsleden in woonzorgcentra omtrent seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

Aan de basis van kwalitatief onderzoek ligt het eerder constructivistische idee waarbij er vanuit gegaan wordt dat mensen betekenis geven aan verschijnselen en deze betekenis in hun alledaagse interacties uitwisselen. Hierdoor construeren ze een gezamenlijke werkelijkheid (Boeije, 2012).

Kwalitatieve onderzoekers proberen te weten te komen hoe de mensen de situatie interpreteren.

We willen de betekenissen in de verhalen van de geïnterviewden blootleggen en deze onderzoeken. De gegevens willen we met elkaar vergelijken en combineren. We geven beschrijvingen, zoeken naar patronen en verbanden, proberen deze te interpreteren, om uiteindelijk de onderzoeksvragen te beantwoorden (Boeije, 2012).

Kwalitatief onderzoek is hiervoor de beste methode.

### ***b) Dataverzameling***

De dataverzameling in dit kwalitatief onderzoek gebeurde door middel van semigestructureerde interviews.

Boeije (2012) geeft volgende definitie van het interview:

“een interview kan beschouwd worden als een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer – zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meerdere anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen” (p.57).

Howitt (2011) schrijft in verband met het semigestructureerde interview het volgende: “The whole point of the qualitative interview is that it generally generates extensive and rich data from participants in the study” (p. 79).

Het semi-gestructureerde kader van het interview gaf de personeelsleden de ruimte om hun verhaal te doen, en gaf me de gelegenheid om door te vragen over bepaalde zaken en af te wijken van de vooropgestelde vragen, wat volgens Howitt (2011) zo kenmerkend is voor kwalitatieve interviews.

Typerend voor semigestructureerde interviews is dat er gebruik wordt gemaakt van een lijst van bepaalde thema's die de interviewer wenst te bevragen (Boeije, 2012).

Bij dit onderzoek gebruikte ik een interviewleidraad. Aan de hand van deze interviewleidraad (zie Bijlage 2) en een aantal gesprekspunten werden vragen gesteld aan de personeelsleden.

De interviewleidraad werd opgesteld op basis van de bevindingen in de literatuur. Om de resultaten beter te kunnen vergelijken, baseerde ik me eveneens op de vraagstelling uit het pilootonderzoek van Van Velthoven, Messelis, en Van Houdenhove (2016), verkregen via mevrouw Van Houdenhove. Op het ogenblik dat de interviewleidraad werd opgesteld, waren de resultaten van het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016) nog niet gepubliceerd.

Iedere deelnemer ondertekende een informed consent (zie Bijlage 3) waarin zij toestemming gaven om audio-opnames te maken van de interviews. De deelnemers gaven eveneens goedkeuring om hun gegevens op anonieme wijze te verwerken.

De audio-opnames van de interviews werden letterlijk uitgetypt. Deze ruwe data worden niet opgenomen in dit werkveldproject om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen. Ze zijn wel in te kijken bij de promotor van dit werkveldproject.

Volgens Howitt (2011) en Boeije (2012) zijn geluidsopnames van groot belang bij het afnemen van kwalitatieve interviews. Boeije (2012) beschrijft enkele grote voordelen met het oog op het analyseren van de gegevens. Zo kan de interviewer zich ten volle concentreren op het gesprek zonder zich druk te moeten maken over aantekeningen. De kwaliteit van de gegevens vergroot, er is geen kans op vervorming of selectie door sommige zaken wel of niet te noteren. Het is duidelijk naar aanleiding van welke vraag een antwoord werd gegeven, en delen van de transcriptie kunnen gebruikt worden in de rapportage.

### ***c) Selectie van de respondenten***

We kozen in dit onderzoek voor een doelgerichte selectie van respondenten, waarin geen statistische representativiteit wordt beoogd.

Gezien een werkveldproject beperkt is in tijd en middelen kozen we ervoor om tien personeelsleden uit de verzorgende en verpleegkundige discipline te interviewen. Deze keuze is gebaseerd op het idee dat zij veel persoonlijk en nauw contact hebben met de bewoners.

Er werd bewust gekozen om personeelsleden te interviewen die contact hebben met bewoners op afdelingen die niet bestemd zijn voor personen met dementie. Het dementieproces zorgt namelijk voor andere aspecten in de seksualiteitsbeleving van ouderen.

Voor de praktische ondersteuning van dit onderzoek nam mevrouw Ellen Van Houdenhove contact op met mevrouw An Lootens, praktijkbegeleider van dit werk en klinisch psycholoog bij woonzorgcentrum De Foyer vzw.

In overleg werden de interviews verdeeld over personeel van woonzorgcentrum Weverbos te Gentbrugge en personeel van woonzorgcentrum Zilvermolen te Zwijnaarde.

Iedere deelnemer ontving een introductiebrief (zie Bijlage 4) met uitleg over het onderzoek en kon vrij beslissen om hieraan mee te werken.

Van de tien deelnemers zijn vier deelnemers werkzaam in woonzorgcentrum De Zilvermolen in Zwijnaarde, en zes in woonzorgcentrum Weverbos te Gentbrugge.

Aan het onderzoek namen twee mannen en acht vrouwen deel.

Qua leeftijd is het een gevarieerde groep: de leeftijden van de deelnemers schommelen tussen 21 en 57 jaar. Zes deelnemers zijn tussen 21 en 29 jaar oud, en vier deelnemers tussen 42 en 57 jaar oud.

Bijgevolg is de ervaring (in de ouderenzorg) van de deelnemers heel gevarieerd: van 1,5 jaar werkervaring tot 24 jaar ervaring. Twee deelnemers hebben 24 en 25 jaar ervaring, één deelnemer baseert zich op 9 jaar ervaring, de andere deelnemers hebben tussen 1,5 à 5 jaar ervaring.

Drie deelnemers zijn verpleegkundige van opleiding en beroep, de zeven andere deelnemers zijn zorgkundige van opleiding en beroep.

#### **d) Analyse**

Na het verwerven van gegevens via de interviews en het transcriberen ervan, volgt de analyse.

Boeije (2012) omschrijft analyseren als volgt:

"Analyseren is de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën, het benoemen van deze categorieën met begrippen, en het aanbrengen en toetsen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling." (p.63)

De gegevens worden dus uiteengehaald en erna terug gestructureerd. Het is een doorlopend proces van fragmenteren en recombineren (Boeije, 2012). Dit gaat gepaard met continu nadenken over de gegevens, samenhangen, patronen en verbanden zoeken, en interpreteren, om uiteindelijk de onderzoeksvragen te beantwoorden (Boeije, 2012).

De teksten van de interviews worden als het ware in stukjes geknipt, met elkaar vergeleken, en op basis daarvan wordt gezocht welke fragmenten over hetzelfde thema gaan. Dit benoemen van fragmenten wordt coderen genoemd (Boeije, 2012).

Dit coderen komt terug in de Grounded Theory van Glaser en Strauss (1967). De Grounded Theory is erop gericht een nieuwe theorie te ontwikkelen door het benoemen en verbinden van verschillende concepten die in de kwalitatieve data telkens terugkeren (Glaser & Strauss, 1967). Dit leidt tot "arriving at theory suited to its supposed uses" (Glaser & Strauss, 1967, p.3).

Het is niet de bedoeling om in dit werkveldproject een theorie te ontwikkelen. We willen echter wel tot een werkmodel komen waarin we belangrijke praktijkgerichte aspecten van seksualiteitsbeleving in woonzorgcentra naast elkaar zetten.

De codering verloopt in drie stappen, namelijk 'open coderen' (uiteenrafelen), 'axiaal coderen' (beschrijven van codes) en 'selectief coderen' (structureren) (Boeije, 2012). De gegevens verkregen in de interviews werden via deze drie stappen geanalyseerd.

De eerste stap is open codering, het screenen van alle gegevens om zo tot een eerste reeks codes te komen. Deze stap start al vanaf de eerste dataverzameling.

“Codes zijn een samenvattende notatie voor een stukje tekst, waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt” (Boeije, 2012, p.85). De onderzoeksvragen worden hierbij in het achterhoofd gehouden. Door het open coderen verkrijgen we een lijst met codes. De gegevens worden beter hanteerbaar en overzichtelijker, en deze terreinverkenning vormt de start van de begripsvorming (Boeije, 2012).

Axiaal coderen, de tweede stap, staat voor de “codering rond een as, oftewel rond één enkele categorie” (Boeije, 2012, p.98). Dit heeft twee doelen: de belangrijkste elementen van het onderzoek achterhalen, en de reductie van het aantal gegevens en codes. De codes uit de eerste fase worden geordend. Door codes samen te voegen of op te splitsen bekomt men een hiërarchie. Men maakt een onderscheid tussen hoofdcodes en subcodes, en er worden indien nodig codes geschrapt (Boeije, 2012).

Het selectief coderen, de laatste stap in de analyse, houdt in dat men structuur brengt in de gegevens. Men legt verbanden en zoekt naar relaties tussen de categorieën die verkregen werden bij het axiaal coderen (Boeije, 2012).

De bevindingen van de interviews worden teruggekoppeld naar de conclusies uit het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016). Er wordt eveneens de link gelegd met enkele elementen die we herkennen uit de literatuurstudie. Boeije (2012) heeft het in dit kader over ‘sensitizing concepts’: vooraf de literatuur grondig doornemen, draagt bij aan de formulering van een relevante probleemstelling en levert adequate begrippen op die fungeren als zoeklicht in het onderzoek. Omdat de literatuurstudie dienst kan doen als een theoretisch kader, spreekt Boeije (2012) hier van een systematische toetsing van veronderstellingen en hypothesen.

#### ***e) Kwaliteitscriteria***

Door het semigestructureerde karakter van de interviews gebeurt de dataverzameling op een relatief flexibele manier. Ieder interview verschilt lichtjes van het vorige. Daardoor komt de betrouwbaarheid van het onderzoek mogelijks in het gedrang. Om de betrouwbaarheid te verhogen werd gebruikt gemaakt van een bestaande analysemethode waarvan de betrouwbaarheid en validiteit reeds werden aangetoond (Boeije, 2012).

Om de ervaringen en bevindingen van de respondenten te achterhalen is het van belang als onderzoeker betrokken te zijn bij het onderwerp (Boeije, 2012). Dit kan echter ook nadelen hebben. Een mogelijk nadeel hiervan is dat de geïnterviewde geneigd is om sociaal wenselijk te antwoorden. Je loopt bovendien het risico de respondent in een bepaalde richting te sturen (Baarda, 2009). Een ander risico is dat de kritische blik van de onderzoeker afneemt (Boeije, 2012). Dit kan de validiteit negatief beïnvloeden. Door duidelijk te noteren hoe het onderzoek verliep en welke keuzes gemaakt werden, trachten we de kwaliteit te bewaken (Boeije, 2012).



De onderzoeker dient zich bewust te zijn van de eigen blik waarmee hij naar een onderzoeksonderwerp of naar de geïnterviewde persoon kijkt. Daarnaast moet hij beseffen dat respondenten zich op een bepaalde manier gedragen tijdens interviews. Tijdens de dataverzameling en -verwerking trachtte ik me hiervan bewust te zijn (Boeije, 2012).

Tijdens dit type onderzoek wisselen dataverzameling en –analyse elkaar af, waardoor waarnemingen worden gerepliceerd en tussentijdse interpretaties in het vervolg van het onderzoek getoetst worden. Hierdoor stijgen de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Boeije, 2012).

### 5.1.3. Onderzoekresultaten

In dit deel worden de resultaten van het onderzoek weergegeven, met de onderzoeksvragen als uitgangspunt.

Om dit zo verrijkend en exemplarisch mogelijk te doen worden letterlijke citaten gebruikt. De verschillende participanten kregen allemaal de letter R van respondent toegewezen, gevolgd door een willekeurig cijfer, bijvoorbeeld R<sub>1</sub> is respondent 1, R<sub>2</sub> respondent 2.

#### **1) Noden van de bewoners**

In dit gedeelte willen we een antwoord bieden op de eerste onderzoeksvraag: denkt het personeel dat bewoners bezig zijn met seksualiteit en intimiteit, welke noden ervaren de bewoners volgens het personeel?

- **Associaties van het personeel met het thema**

Opvallend is dat de thema's seksualiteit en intimiteit bij ouderen bij zeven deelnemers associaties oproepen met genegenheid, tederheid, handjes vasthouden.

*"Intimiteit, tederheid, liefde, knuffel, ... meer van dat laatste, meer alles dat er rond is. Dat komt bij ouderen even goed voor." (R<sub>1</sub>)*

*"Als wij zelf een kus of een knuffel geven, zie je wel dat ze die genegenheid graag hebben. Daar denk ik wel dat ze behoefte aan hebben." (R<sub>9</sub>)*

Eén deelnemer denkt dat 'seks op zich' ook nog aan bod komt. Hiermee wordt de geslachtsdaad bedoeld. Twee deelnemers zijn van mening dat dit laatste helemaal niet meer aan de orde is bij de bewoners.

*"Ik denk meer aan een genegenheid die ze voor elkaar hebben. Ik denk niet aan seks, de geslachtsdaad. Maar wel genegenheid." (R<sub>8</sub>)*

Wanneer ik verder doorvraag, geven de deelnemers enkele voorbeelden waarin zij merken in hoeverre ouderen met seksualiteit bezig zijn.

*"Het doet mij in de eerste plaats denken aan koppels die hier wonen, of mensen die zonder partner vallen en toch nog gevoelens koesteren voor wie daar ook mag belanden. Volgens mij blijft die behoefte overduidelijk. Misschien dat de accenten anders liggen."* (R6)

Of deze deelnemers associëren seksualiteit bij ouderen met mannen die nog zin hebben, een erectie krijgen of masturberen.

*"Ik denk vooral aan mannen, die misschien nog een behoefte hebben, misschien ook door medicatie. Maar de laatste jaren kom ik dat toch minder tegen...."* (R10)

Eén enkele keer wordt het thema seksualiteit geassocieerd met het dementieproces.

*"Eén keer was er een vrouw met beginnende dementie, die naakt in de gang liep. Ze wou graag naakt voor het venster staan, dan kreeg ze aandacht. Maar dat heb ik tot nu toe nog maar één keer meegemaakt."* (R10)

Drie deelnemers vermelden handelingen van grensoverschrijdend gedrag zoals het betasten en ongewenst aanraken van personeel. Bij dit laatste verwijst men vaak naar eigen ervaringen in het werkveld. Meestal worden dan één of twee voorbeelden aangehaald.

*"Ik denk automatisch aan bewoners die mij betasten. Ik heb er geen probleem mee als ze mij zoeteke noemen, maar ik heb niet graag dat ze mij aanraken op plaatsen waar ik het niet wil."* (R7)

*"Bewoners die je aanraken, aan je kont of aan je borsten."* (R3)

- **Nood aan tederheid en intimiteit**

Zeven deelnemers geven aan dat ouderen meer nood hebben aan liefde, samen zijn, knuffels geven, intimiteit, dan aan seksuele bevrediging.

*"Ze leven voort met de herinnering"* (R6)

Een achtste persoon weet hoegenaamd niet of ouderen daar mee bezig zijn.

*"Misschien zie ik niet dat ouderen daar ook behoefte aan hebben".* (R2)

Nog iemand anders vindt dat het niet aan ons is om daarover te oordelen.

*"Maar wie zijn wij om te zeggen wat een ander ervaart. En zij gaan het niet zeggen."* (R7)

Een laatste persoon zegt dat er zeker wel interesse is in seksualiteit bij ouderen.

- **Bespreekbaarheid**

De bewoners maken geen aanstalten om over seksualiteit of intimiteit te spreken met het personeel.

*"Ik heb niet de indruk dat bewoners daarover willen praten. Het is een generatie van 'mondje dicht'. Tegen ons persoonlijk zeggen ze daar niet veel over." (R10)*

*"Praten over vroeger, over hoe hun leven als koppel was, dat doen ze wel. Maar niet over hun seksuele relatie of verleden. Meer over het huishouden." (R9)*

Bewoners stellen geen vragen over dit thema, zegt de meerderheid van de deelnemers.

*"Misschien denken de bewoners dat wij er niet voor open staan." (R2)*

*"Er wordt heel weinig over gecommuniceerd tegen ons. Wij zouden eerder zeggen: allé, geef elkaar eens een zoen. Maar tegen ons zeggen ze daar weinig over." (R8)*

*"Ze zitten soms niet over een grapje verlegen, maar erover praten is nog anders dan het effectief doen hé. Waarschijnlijk is er wel behoefte om er meer over te praten. Afhankelijk van wie er langs komt...Soms moet er gepraat worden om de verwachtingen realistisch te houden." (R6)*

*"Ouderen vinden het niet gemakkelijk om erover te praten, laat staan om er iets over te vragen." (R3)*

Omdat ze er geen vragen over krijgen, stellen twee deelnemers dat seksualiteit volgens hen niet als een basisbehoefte gezien kan worden.

Twee personeelsleden vinden niet dat dit thema bespreekbaar gemaakt moet worden, omdat zij daar nog niet mee in aanraking kwamen in het verleden en er geen vragen over krijgen.

*"Ze zien dat als een afgesloten hoofdstuk. En wij gaan daar ook niet echt over beginnen. Je voelt dat ook aan, of dat iemand daar open voor staat of niet. Ze gaan er vaak wel eens mee lachen hoor, maar niet diep op ingaan. Misschien dat het wel eens al grappend ter sprake komt in een activiteit of zo, dan lachen ze er eens mee, maar er wordt niet dieper op ingegaan." (R10)*

Op de afdeling van jongdementie zou het bespreekbaar van seksualiteit en intimiteit met bewoners maken wel een noodzaak zijn, denken deze twee personeelsleden.

- **Nood aan informatie**

De nood aan informatie wordt door vier deelnemers ter sprake gebracht.

Er is volgens de deelnemers geen informatie voorhanden in het woonzorgcentrum over seksualiteit en intimiteit.

Twee participanten vinden dat er nood is aan informatiebrochures, die algemene info bevatten.

Een deelnemer vindt dat er eerder nood is aan individuele, persoonlijke informatie.

Een vierde personeelslid twijfelt eraan of bewoners daarvoor open staan, en wat de reactie van familie zou zijn.

*"Ik weet niet hoe ouderen zouden reageren moesten we bijvoorbeeld informatie willen aanreiken of daarover zouden willen spreken. Velen zijn beïnvloedbaar door hun familie. Als de familie er niet voor open staat, zal de bewoner daar ook niet voor open staan."* (R10)

## **2) Beïnvloedende factoren**

In dit onderdeel krijgen we een antwoord op de tweede onderzoeksvraag: welke factoren hebben volgens de personeelsleden een invloed op de seksualiteitsbeleving van bewoners?

- **Toenemende afhankelijkheid**

Alle participanten vertellen dat de zorgbehoefte bij de ouderen die nu in de woonzorgcentra wonen, groot is en mogelijk een drempel vormt om bezig te zijn met deze thema's.

*"Ik denk dat het er minder mee bezig zijn bij ouderen ligt aan het minder kunnen. Ze zijn meer gebaat bij genegenheid, elkaar over de bil wrijven, een kus geven. Geen innige kus, dat niet. Het heeft er ook mee te maken dat het allemaal zo goed niet meer gaat: de schouder doet zeer, ..."* (R8)

De beperkte mobiliteit en de toenemende afhankelijkheid worden daarbij als voorbeeld gegeven.

*"Enerzijds komt er in de toekomst misschien een mondigere generatie, maar anderzijds worden mensen steeds zorgbehoevender als ze binnen komen in een woonzorgcentrum."* (R10)

Andere redenen waarom bewoners volgens de respondenten minder bezig zijn met seksualiteit: de partner die vaak overleden is, incontinentie en bijgevolg een andere lichaamsbeleving.

*"Ik denk dat je, als zorgbehoevende oudere, in het begin een knop in je hoofd moet omzetten als je bijvoorbeeld op intieme plaatsen gewassen en verzorgd*

*wordt. Na een tijd word je dat gewoon en ben je er een beetje gevoelloos voor.”*  
(R3)

Drie deelnemers melden dat vroeger bewoners die verhuisden naar een WZC, eerder voor gezelschap kwamen en minder uit noodzaak. Nu gaat de zorgbehoefte voor.

Verskillende deelnemers besluiten dat de 'lichamelijke mankementen' eerst aandacht krijgen.

*“Vroeger – ik spreek van 10 à 15 jaar geleden – kwamen er nog mensen binnen in het woonzorgcentrum, omdat ze eenzaam waren, hun man of vrouw was gestorven en ze zochten gezelschap. Dat is helemaal anders nu. Nu moeten ze binnenkomen, omdat ze niet meer alleen kunnen zijn, de zorgvraag is veel te groot geworden. De thuiszorg schiet tekort, de familie kan de zorg niet meer aan. Men zal eerst de thuiszorg uitputten en dan pas naar een woonzorgcentrum gaan. Er zijn andere prioriteiten. De zorgbehoefte gaat voor en ik denk niet dat ouderen nog echt met seksualiteit bezig zijn.”* (R8)

- **Omgeving**

De omgeving van een woonzorgcentrum is geen stimulerende omgeving, wordt ook gemeld door enkele deelnemers. Dit onder meer door de aanwezigheid van andere bewoners, het gebruik van rolwagens en incontinentiemateriaal, het gebrek aan privacy.

- **Gebruik van medicatie**

Vier deelnemers menen dat het gebruik van medicatie een remmend effect kan hebben op de lust.

- **Dementie**

Een andere tendens die enkele deelnemers vermelden, is dat er meer bewoners met dementie in de woonzorgcentra wonen. Ook op de afdelingen die daar niet voor voorzien zijn.

Eén respondent zegt dat bewoners met dementie daar zeker niet meer mee bezig zijn, een andere zegt dat dementie ervoor zorgt dat er geen remmingen meer zijn in seksueel gedrag. Een derde persoon meldt dat dit heel afhankelijk is van de vorm van dementie die een bewoner heeft, en dat seksuele interesse bij bewoners met dementie eerder de uitzondering dan de regel is.

*“Ik denk dat dat voor een stuk verdwijnt. Niet dat ze daar niet gevoelig voor zijn hé. Als je er liefdevol of zorgzaam mee omgaat, hebben ze dat liever. Maar er is minder communicatie. In denk dat de seksuele interesse bij dementie minder is.”*  
(R8)

- **Individuele verschillen**

Drie deelnemers vinden het bezig zijn met seksualiteit heel individueel verschillend. Het is volgens deze deelnemers afhankelijk van het libido en van het vroegere seksleven van de persoon. Iemand zegt dat seksualiteit een constante in je leven is.

*"Ik denk dat de noden afhankelijk zijn van persoon tot persoon. Je kan daar moeilijk een lijn in trekken. Ik denk dat er een verschil zit in zorgprofiel. Maar ook in de mensen zelf. De één heeft meer libido dan de andere, dat is bij ons toch ook zo?" (R5)*

Twee respondenten stellen zich de vraag of veranderingen in de menopauze daar een invloed op kunnen hebben, maar hebben naar eigen zeggen te weinig kennis hiervan om zeker te zijn van het antwoord.

- **Verskil tussen man en vrouw**

Over het verschil tussen mannen en vrouwen, zegt de helft van de deelnemers dat seksuele interesse toch meer bij mannen voorkomt dan bij vrouwen. Dit heeft volgens hen te maken met de generatie waarin men opgegroeid is. Naar mannen werd meer geluisterd en zij mochten meer voor hun behoeften uitkomen.

*"Vroeger was het in de donker te doen, onder de rok, licht uit. Dat heeft een bewoonster me eens verteld. Mannen daarentegen mochten meer voor hun behoeften uitkomen." (R10)*

*"Ik denk dat mannen dat meer uiten. Als wij als jonge vrouw bij hen komen, heb ik soms het gevoel dat ze iemand missen. Dat onze aanwezigheid iets uitlokt, aanleiding geeft tot dat gemis." (R9)*

*"Ne man is ne man en blijft ne man. Vroeger werd er veel naar de man geluisterd. Vrouwen waren huisvrouwen." (R7)*

Vrouwen zouden volgens deze deelnemers meer belang hechten aan genegenheid, familie en gezondheid.

*"Ik denk dat vrouwen daar minder mee bezig zijn. Ik denk dat het voor hen minder belangrijk is. Ik denk dat ze met andere dingen bezig zijn zoals familie, hun gezondheid, ..." (R9)*

*"Misschien hunkert een vrouw op latere leeftijd daar minder naar. Eens de menopauze gepasseerd is, hebben ze er minder goesting in." (R8)*

- **Holebi - thema**

Van de tien deelnemers hebben er slechts twee ervaring met het holebi-thema bij bewoners. Vroeger werd de hetero-gedachte opgedrongen en moest men zijn eigen gevoelens aan de kant zetten, menen drie andere deelnemers.

*"Ik ben er nog nooit mee geconfronteerd dat ouderen homoseksuele of lesbische voorkeuren hebben. Ik denk dat in die tijd men misschien wel gevoelens voor hetzelfde geslacht kon hebben, maar dat de heterorelatie werd opgedrongen en men toch voor de klassieke man-vrouw verhouding moest kiezen en zijn eigen gevoelens aan de kant moest zetten."* (R9)

Wel wordt verschillende malen gemeld dat de bewoners over het algemeen wel open staan voor homoseksualiteit bij personeel.

*"Maar de meesten aanvaarden dat wel bij personeel. De bewoners die het kunnen begrijpen, weten dat en aanvaarden dat wel. Dat is wellicht ook wel omdat wij dat zo uitstralen. Wij vinden dat een normale zaak en brengen dat zo over. Terwijl dat toch een generatie is waarbij dat taboe was."* (R8)

- **Een stille generatie**

Drie deelnemers denken dat ouderen zelf een aantal vastgeroeste ideeën koesteren over ouderen en seksualiteit. Ouderen denken dat het een afgesloten hoofdstuk is, dat hun tijd gepasseerd is en dat het niet meer hoeft eens je in een woonzorgcentrum woont. Bewoners hebben volgens deze respondenten het idee dat seksualiteit enkel dient voor de voortplanting.

*"Ik denk dat bewoners soms zelf vinden dat je daar in een woonzorgcentrum of op hun leeftijd niet mee bezig moet zijn. Ze zien dat als een afgesloten hoofdstuk."* (R10)

*"Ik denk dat ouderen zelf vaak denken 'die tijd is gepasseerd'. De meeste zeggen: dat moet niet meer."* (R3)

Eigen aan de generatie ouderen die momenteel in woonzorgcentra woont, is dat het een stille generatie is die over dit thema niet gemakkelijk praat. Het is nog taboe. Dit wordt gemeld door de meerderheid van de respondenten. Het is de generatie van 'geen seks voor het huwelijk' en 'mondje dicht'. Seksuele gevoelens moesten onderdrukt worden.

*"Vroeger was het op dat gebied ook thuis al zo dat er niet veel over gesproken werd."* (R10)

Twee deelnemers zeggen dat er een grote verscheidenheid is in leeftijd bij de ouderen. De één merkt wel verschil in seksuele interesse, denkt dat jonge ouderen meer bezig zijn met seksualiteit, de ander ziet daar geen verschil in.

*"De huidige generatie ouderen is er nog steeds niet zo open over. Dat is nog een generatie te vroeg. Misschien dat het binnen een paar jaar meer zal opkomen. Dan zal er misschien meer bewustzijn over moeten zijn. Mensen worden veel losser."* (R10)

Zouden latere generaties daar anders over denken? Mogelijk heeft de generatie die binnen enkele jaren in de woonzorgcentra zal wonen, meer gevochten voor de bespreekbaarheid van seksualiteit. Bijgevolg zal het minder taboe zijn en zal er misschien meer aandacht nodig zijn voor dit thema. Dit idee wordt geopperd door de helft van de deelnemers.

*"Misschien gaan we, als wij in een woonzorgcentrum wonen, er later meer behoefte aan hebben om erover te praten en moet er dus meer aandacht zijn voor dat thema."* (R9)

### **3) Plaats van seksualiteit en intimiteit in het woonzorgcentrum**

In dit deel beantwoorden we de derde onderzoeksvraag: krijgen bewoners ruimte voor seksualiteitsbeleving in het woonzorgcentrum?

- ***Een weinig uitnodigende omgeving... en een gebrek aan privacy?***

Zoals eerder vermeld, wordt door enkele deelnemers de omgeving van een woonzorgcentrum niet echt gezien als een stimulerende omgeving tot het uiten van seksualiteit. Er zijn andere bewoners, er is een gebrek aan privacy, en het gebruik van rolwagens en incontinentiemateriaal zijn vaak hinderlijk.

Personeel kan altijd binnen in de kamers, door middel van een badge. Drie deelnemers zeggen dat het een komen en gaan is van personeel, vier deelnemers menen dat personeel niet vaak binnen gaat op de kamers tenzij het echt nodig is.

*"Ik denk dat de omgeving van het woonzorgcentrum wel een remmend effect heeft op de seksualiteit... Wij kunnen altijd binnen komen. Men heeft een privé kamer maar dat is heel beperkt, die privé. Onderhoudspersoneel komt binnen, wij komen binnen, ..."* (R8)

Toch zeggen de meeste deelnemers dat ze, als er nood zou zijn aan meer privacy, ze die mogelijkheid zeker zouden geven aan de bewoners.

*"Maar als mensen daar behoefte aan hebben, moet dat wel kunnen hé. In de autonomie-gedachte moeten ze zelf kunnen beslissen wat ze doen."* (R9)

Maar de deelnemers hebben deze vraag nog nooit gekregen. Men heeft dan ook niet echt de indruk dat dit een nood is bij de bewoners.



Het is de gewoonte dat personeelsleden kloppen vooraleer de kamer van een bewoner binnen te gaan.

Sommige deelnemers zeggen dat ze altijd wachten op een antwoord, anderen zeggen net dat ze nooit wachten op een antwoord en onmiddellijk na het kloppen naar binnen gaan.

*"We gaan niet binnen zonder kloppen, dat doen we bij niemand... We kloppen, maar wachten niet op een antwoord. Want ze antwoorden meestal gewoon niet."* (R8)

*"Als zorgverlener loop je van het één naar het ander. Je wacht niet op een 'ja'. Je klopt en gaat binnen, en oordeelt dan pas of je later eens terug komt of niet. Meestal is dat dan omdat er bezoek of familie is... Het is vaak de zoete inval op de kamers. Maar wij zeggen natuurlijk dat we teveel kamers hebben."* (R6)

Redenen om niet te wachten na het kloppen zijn dat de deuren te dik zijn om het antwoord te horen, of dat de bewoners vaak geen antwoord geven, of dat er te weinig tijd is en de werkdruk hoog. Deelnemers geven wel aan te beseffen dat ze eigenlijk wat langer zouden moeten wachten.

Een ander argument dat enkele respondenten aanhalen is dat de meeste bewoners ervoor kiezen om de deur open te laten, zowel overdag als 's avonds. Voor veel bewoners is het een geruststelling dat ze mensen zien passeren.

*"Bij de meeste staat de deur open. 's Avonds als ze gaan slapen vragen we wel of de deur dicht moet, de meesten zeggen dat ze open mag blijven. De hele goede bewoners hebben soms graag dat de deur dicht is, omdat ze nog wat TV willen kijken..... Ik denk dat ze niet echt behoefte hebben aan alleen zijn. ... eigenlijk zijn ze al veel alleen."* (R10)

Volgens enkele deelnemers zijn er veel storende geluiden op de gang, waardoor bewoners zich niet volledig kunnen ontspannen.

Een bordje 'niet storen' of dergelijke is in beide woonzorgcentra niet voorhanden.

Bewoners kunnen in één van beide woonzorgcentra hun kamer sluiten van binnenuit, bezoekers kunnen dan niet binnen, maar personeel kan wel binnen met een badge. Dit wordt bevestigd door alle deelnemers van dit woonzorgcentrum. Het sluiten van de kamer is volgens hen niet zo eenvoudig voor de bewoners. Er moeten verschillende handelingen gesteld worden met een touchscreen, en de meeste bewoners kunnen dit niet. Bovendien kunnen ze met hun rolwagen niet goed tot aan het touchscreen. De personeelsleden denken niet dat die mogelijkheid reeds gebruikt is om gelegenheid te hebben voor seksualiteit of intimiteit. In het andere woonzorgcentrum kunnen bewoners de kamer van binnenuit niet sluiten omwille van brandveiligheid.

*"Een 'niet storen bordje' hebben we niet. Maar men kan wel de deur op slot doen. Als de deur op slot zou zijn, zouden we wel kunnen afleiden dat men niet gestoord wil worden."* (R5)

In één van beide woonzorgcentra is een relaxatieruimte voorzien in de kelder. Deze wordt niet vaak gebruikt en er staat geen bed in.

Eén deelnemer vermeldt dat in een ander woonzorgcentrum waar ze gewerkt heeft, de snoezelruimte afgelegen lag in de kelder. Daar werd je niet raar bekeken als je met je partner buiten kwam.

Volgens verschillende deelnemers is er geen nood aan een aparte ruimte, omdat daar nooit vraag naar is. Slechts twee deelnemers vinden dat een aparte privéruimte wel een meerwaarde zou zijn.

In de zorg wordt volgens een paar deelnemers vaak gebabbeld terwijl bewoners dat horen. Daar wordt te weinig rekening mee gehouden.

*"Tijdens de verzorging babbel je vaak met je collega terwijl de bewoners dat horen. Zo wordt er rap iets doorverteld door bewoners. Er is nog werk aan de winkel wat betreft privacy."* (R2)

- **Koppels in het woonzorgcentrum**

Er wonen weinig koppels in beide woonzorgcentra. Dat wordt door alle deelnemers aangehaald. Als er al sprake is van een koppel, woont de ene partner thuis of in de serviceflats, of wonen beide partners in een andere afdeling.

*"Er zijn hier nog geen nieuwe koppels gevormd in het woonzorgcentrum. Op de serviceflats zijn er wel koppels, maar die zijn zelfstandiger. Daar komt thuisverpleging langs, dus wij zijn daar eigenlijk niet bij betrokken."* (R9)

In geen van beide woonzorgcentra zijn tweepersoonskamers voorhanden.

In het ene woonzorgcentrum kunnen koppels wel kiezen om één kamer als slaapkamer in te richten, en een andere als living. In het andere woonzorgcentrum is die mogelijkheid er niet.

*"De kamers zijn niet ruim genoeg om twee bedden te zetten. Dan is er geen ruimte meer voor de verzorging"* (R4)

Dit verschil tussen beide woonzorgcentra wordt door alle deelnemers bevestigd, maar waarom het in het ene gebouw wel kan en in het andere niet, weten ze niet.

Eén personeelslid oppert de hogere werkdruk verbonden aan koppel-kamers, en zegt dat het confronterend is als één van beide partners stervende is.

Waar de mogelijkheid om samen te slapen wel bestaat, is het steeds aan het koppel in kwestie om een keuze te maken.

*"In het vorig rusthuis hadden we een koppel dat het heel vervelend vond om in twee aparte bedden te slapen. We hebben toen de bedden tegen elkaar geschoven met zo'n extra kussen ertussen zodat het één bed leek. Het enige ambetante voor hen was dat als we ze 's nachts moesten komen 'verpamperen',*

*dat we dan op hun bed moesten komen zitten. Maar als dat de enige manier was om samen te slapen wouden ze dat gerust toelaten. Het ongemak van het personeel kwam toen op de tweede plaats. Omdat iedereen weet dat het leuker is om samen te slapen. Op dat vlak proberen we rekening te houden met 'wat willen zij' of 'wat zijn ze al jaren gewoon'." (R2)*

In het andere woonzorgcentrum zeggen vier deelnemers dat de mogelijkheid om als koppel samen te slapen niet bestaat omwille van de brandveiligheid, maar ook omdat het personeel dan geen ruimte meer heeft voor de verzorging, of omdat de werkdruk verhoogt.

Wanneer de thuiswonende partner op bezoek komt, en het koppel is liever alleen, ook als is het maar om samen tv te kijken, dan wordt dat gerespecteerd, zeggen enkele personeelsleden.

#### **4) Omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners**

In dit deel krijgen we een antwoord op de vierde onderzoeksvraag: werd het personeel reeds geconfronteerd met een situatie waarin bewoners uiting gaven aan seksualiteit, en hoe reageerden ze daarop?

- ***Niet onbekend, maar ook geen dagelijkse aangelegenheid.***

In de interviews zeggen de meeste deelnemers dat men slechts heel sporadisch wordt geconfronteerd met seksualiteit bij bewoners.

*"Het is geen 'no-go zone' op de afdeling, maar zeker ook geen dagelijkse aangelegenheid." (R6)*

Als ik echter meer doorvraag, blijkt dat op een paar uitzonderingen na de meeste deelnemers één van volgende situaties al eens meegemaakt hebben: een bewoner lag naakt op bed, een bewoner was aan het masturberen toen men zijn/haar kamer binnen kwam, een man kreeg een erectie bij het wassen, of wou de verzorgende aanraken tijdens de verzorgingsmomenten. Twee deelnemers kwamen nog nooit in aanraking met een dergelijke situatie.

De deelnemers hebben nog nooit meegemaakt dat een koppel aan het vrijen was. En ze kregen van bewoners geen vragen over seksualiteit.

- ***Hoe wordt er gereageerd, door personeel en bewoner?***

Indien men geconfronteerd zou worden met een koppel dat aan het vrijen is in hun kamer, zou men het negeren, buiten gaan en gewoon verder doen met het werk. Maar, zo zeggen enkelen, er zouden wel collega's zijn die er grapjes over maken. Echter, geen van de deelnemers heeft deze situatie al meegemaakt.

De situatie die het meest herkenbaar is voor de deelnemers, is binnen komen in een kamer waar een bewoner aan het masturberen is. Alle deelnemers zeggen dat ze onmiddellijk terug de kamer uit gaan. Zich excuseren, buiten gaan en later terug komen, is de reactie die door de meeste personeelsleden aangegeven wordt. Twee personen zouden een uur afspreken met de bewoner waarop ze zullen terugkomen.

*"... Ik kwam een kamer binnen en een bewoner was aan het masturberen. Als ik dat zag, ging ik gewoon buiten. Anderen die dit meemaakten zeiden dat hij dat niet mocht doen, en dat ze dat de volgende keer niet meer wouden tegen komen."*  
(R9)

Acht deelnemers zouden dit voorval bespreken in een overlegmoment. Er is een dagelijks overlegmoment, waarbij iedere bewoner besproken wordt, en een maandelijks overleg, waar meer algemene zaken aan bod komen.

Acht deelnemers denken dat de situatie gevoelens van schaamte oproept bij de bewoner, of dat deze zich 'betrap't voelt.

*"Voor die bewoner is dat heel vervelend als hij betrap't wordt. Als hij dan de reactie krijgt dat het niet meer mag, is dat kwetsend en kleinerend voor die persoon. Ik vind dat er zeker respectvol mee moet worden omgegaan."* (R9)

Eén persoon zou er later hoe dan ook op terugkomen met de bewoner, drie personen zeker niet. Drie anderen zouden er enkel op terugkomen met de bewoner als deze er zelf over begint.

*"Ik denk niet dat ik er terug over zou beginnen, maar misschien wel eens gaandeweg een grapje maken of zo, 't is te zien wie het is. Of nog eens excuseren, afhankelijk van de persoon."* (R3)

Drie van de tien deelnemers aan de interviews maakten reeds mee dat een bewoner een erectie kreeg bij het wassen. Twee mogelijke reacties worden gegeven: de verzorgende ging gewoon verder met wassen, alsof er niets gebeurd was. Of men zei dat de bewoner zich zelf verder moest wassen.

*"Het gebeurde eens dat een bewoner een erectie kreeg bij het wassen. Mijn collega had toen gezegd dat hij zich zelf veder moest wassen. De dag nadien vertelde de bewoner tegen een andere collega dat hij zich schaamde. Hij deed dat niet expres, was erin gegeneerd."* (R8)

- **Grensoverschrijdend gedrag**

Bij grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld een bewoner wil een personeelslid aanraken of begint te masturberen in bijzijn van een personeelslid, al dan niet tijdens verzorgingsmomenten, zegt de meerderheid van de respondenten daar kordaat op te reageren dat het niet mag. Duidelijk grenzen stellen en spreken vanuit een ik-boodschap, opperen twee deelnemers. Iemand vindt het vervelend, en ziet er tegen op

om die bewoner te verzorgen. Men bespreekt dit dan in team, eventueel gaat men er dan met twee personeelsleden naartoe in plaats van alleen of neemt een collega het over.

*"Als je kan afbakenen, en ze snappen het, heb ik er geen probleem mee. Je kan het vaak ook ludiek aanpakken. Als het mij te veel wordt, ga ik buiten en neemt een collega het over. Achteraf wordt dit dan besproken met de bewoner, wat hij er zelf van vond. Daar wordt goed op ingespeeld, vind ik."* (R2)

Volgens twee deelnemers voelen bewoners soms wel seksuele aantrekking naar personeel toe.

Een deelnemer stelt zich de vraag:

*"Wat is amicaliteit en wat is toelaatbaar? Als je een klik hebt met een bewoner, laat je misschien iets meer toe?"* (R6)

Dezelfde deelnemer zegt dat je als personeelslid een machtspositie hebt ten opzichte van de bewoner. Je kan zelf bepalen wat je toelaat en wat niet.

Een deelnemer meldt dat je er als personeelslid op moet letten dat je grensoverschrijdend gedrag niet uitlokt door je kledij, en dat dit soms wel eens (onbewust) gebeurt.

Op een vriendschappelijke tik op de billen reageert het personeel meestal ludiek en men maakt daar geen probleem van, zolang het niet te vaak voorvalt.

- ***Wordt de reactie van het personeel door iets beïnvloed?***

Het personeel houdt rekening met de situatie en met de bewoner in kwestie. Bijvoorbeeld, masturberen in groep kan niet, maar op de kamer mag het wel. Dit voorbeeld wordt door verschillende personeelsleden aangehaald. Ook de mate waarin het gedrag grensoverschrijdend is, of er andere mensen in betrokken worden, of de mate waarin het storend is voor derden, is meebepalend voor de manier van reageren.

*"Afhankelijk van welk personeelslid dit tegen komt en bij welke bewoner dit gebeurt, kan er misschien wel met de bewoner zelf over gesproken worden. Maar het is zo individueel verschillend...."* (R3)

Indien de bewoner dementie heeft, gaat personeel daar ook anders mee om, zeggen de meeste deelnemers aan het onderzoek. Dan kadert men dit in het ziekteproces. De bewoners met dementie weten niet wat gepast is en zijn minder vatbaar voor feedback.

*"Er is een verschil tussen wel of geen dementie. Je kan tegen iemand met dementie moeilijk zeggen dat het niet mag. Moesten ze het verschil weten zouden ze het waarschijnlijk niet doen in je bijzijn."* (R2)

*"Bewoners met dementie, dat maakt voor mij geen verschil. Tenzij ze iemand anders lastig vallen." (R5)*

Er wordt eveneens naar het verleden van de bewoner gekeken. Soms heeft de bewoner een delinquent verleden m.b.t. seksualiteit, dan wordt daar rekening mee gehouden in de manier van reageren, zeggen twee personeelsleden. Bijvoorbeeld door er geen onnodige aandacht aan te geven.

Men staat open voor het idee dat ouderen in woonzorgcentra recht hebben op het uiten van seksualiteit en dat daar respectvol en discreet mee moet worden omgegaan. Daar alle deelnemers vrijwillig aan het onderzoek participeren, is deze positieve houding te verwachten.

*"Ik denk dat personeel daar redelijk open voor staat. Het is menselijk hé. Iedereen met een gezonde geest nog, heeft daar recht op." (R10)*

*"Iedereen heeft zijn noden en behoeften. Voor mij mag dat op alle leeftijden gebeuren. Iedereen mag, op iedere leeftijd, geslachtsgemeenschap hebben." (R7)*

Verschillende deelnemers verwijzen naar collega's die vinden dat seksualiteit op oudere leeftijd niet meer moet voorkomen.

*"Ik denk dat sommige collega's wel denken dat seksualiteit niet meer hoeft op oudere leeftijd." (R9)*

De leeftijd van het personeel doet er volgens de meerderheid niet toe. Enkelen zeggen dat de jongere generatie personeel er iets soepeler mee omgaat. Bij de oudere generatie is het meer taboe, menen zij. Hoe dat komt, weten ze niet. Eén iemand denkt dat jonger personeel zelf nog volop actief is in hun seksleven, en de oudere personeelsleden misschien niet meer en er daarom minder belang aan hechten.

Wellicht heeft de culturele achtergrond, de opvoeding, afkomst, de manier waarop er vroeger over mocht gepraat worden, invloed op de attitude van het personeel, menen de meeste deelnemers. Een paar deelnemers zeggen dat de eigen ervaringen, persoonlijkheid en eigen ingesteldheid een invloed hebben op het omgaan met probleemsituaties. Twee deelnemers denken dat ook godsdienst een rol speelt, bijvoorbeeld bij het wassen van bewoners of bij het praten over seksualiteit.

- **Bespreekbaarheid met familie**

Of men vindt dat dit onderwerp bespreekbaar is met de familie van bewoners, is niet heel duidelijk. De meerderheid van de participanten heeft dit onderwerp nog niet moeten bespreken met familie van bewoners.

Ofwel vindt men dit een taak van de hoofdverpleging, de psycholoog of de sociale dienst, ofwel is het nog niet aan de orde gekomen. Sommige bewoners hebben geen familie, soms is de familiale situatie complex.

*"We hebben twee bewoners gehad met dementie die samen seks hadden, maar geen koppel waren. We hadden geen idee of we dit moesten vertellen aan familie of niet, dus trokken we ze uit elkaar. Wij weten niet of die personen dat allebei wel wilden."* (R2)

*"Kinderen willen bijvoorbeeld niet graag weten hoe het is met het seksleven van hun ouders. Je bespreekt dit beter rechtstreeks met de bewoner. Tenzij deze mentaal niet meer in orde is. Je moet je ook altijd de vraag stellen of je de privacy van de bewoner niet schendt."* (R3)

Vier deelnemers vinden dat niet alles mag besproken worden met familie, omwille van de privacy van de bewoner. Twee deelnemers vinden dat dit enkel kan met toestemming van de hoofdverpleging, en dat dit eerst met de bewoner moet besproken worden.

- **Bespreekbaarheid met collega's**

De bevroegde personeelsleden vinden het hun taak om te luisteren naar de behoefte van de bewoner, en dan in overleg met de hoofdverpleegkundige en de collega's te beslissen hoe er gehandeld wordt.

De meerderheid van de participanten geeft aan dat men een hiërarchie dient te volgen. Eerst wordt de hoofdverpleger aangesproken, dan de psycholoog en pas dan kan men naar de directie stappen.

Indien er iets is gebeurd, kan men dit zeker in het overlegmoment ter sprake brengen, geven de meeste personeelsleden aan, en dat zouden ze ook doen. Enkele deelnemers zeggen dat het onderwerp nog niet aan de orde is gekomen tijdens het overleg.

*"Omdat het zich niet aanmeldt wordt het niet formeel aan de orde gebracht."* (R6)

Meer dan de helft zegt dat het melden in het overlegmoment eerder een verwittiging is voor ander personeel, dan dat er iets beslist wordt.

*"Als het gemeld wordt in overleg, wordt er niets beslist. Het is meer een verwittiging voor ander personeel dat ze niet moeten verschieten als ze binnen komen in die kamer. Het wordt niet meer met de bewoner zelf besproken."* (R4)

Eén iemand zegt dat er in het overleg wel een zeker afkeuring over het thema "seksualiteit" overheerst.

*"Dat voorval van de man die aan het masturberen was werd wel besproken in de overdracht. Het besluit was toen: het kan, apart. De kleuring daar rond was wel net niet van 'viezerik'. Er is toch nog een beladenheid rond."* (R6)

Andere deelnemers zeggen dat er heel respectvol over gepraat wordt. De helft van de deelnemers zegt dat er wel eens hilariteit over het onderwerp ontstaat en dat er over gelachen wordt onder collega's, maar dat er nadien wel serieus kan over gepraat worden.

*"Soms breien we er verhalen rond zodat er hilariteit rond ontstaat. Onze fantasie speelt ook nog mee. Maar er wordt in team respectvol mee omgegaan en het blijft dan ook in team."* (R8)

Twee deelnemers vermelden de zwijgplicht die ze als personeel dienen te respecteren. Een derde persoon zou niet alles met collega's bespreken om het vertrouwen van de bewoner niet te schenden.

Bijna alle deelnemers zeggen dat er in de 'wandelingen' of buiten de overlegmomenten niet over thema's zoals seksualiteit bij bewoners gesproken wordt.

Twee deelnemers zeggen dat het thema seksualiteit niet bespreekbaar is met collega's.

De andere deelnemers vinden wel dat hun collega's er open voor staan, maar vier van hen zeggen dat er weinig over gesproken wordt.

*"We spreken er eigenlijk niet over, over seksualiteit. Maar ik denk dat de meerderheid van de collega's daar wel breddenkend over is hoor."* (R6)

De hoofdverpleger gaat wel respectvol om met het onderwerp, zeggen de meeste deelnemers.

## **5) *Beleid en visie***

In dit deel krijgen we een antwoord op de vijfde onderzoeksvraag: in hoeverre ervaart het personeel nood aan het uitbouwen van een visie en beleid in het woonzorgcentrum met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen?

- ***Is er een beleid en/of visie over seksualiteit in het woonzorgcentrum?***

Zes deelnemers zeggen dat de directie wellicht wel open staat om na te denken over het thema seksualiteit bij bewoners, maar de meerderheid van de deelnemers denkt dat men daar nu niet mee bezig is. Ze hebben geen idee of er melding van gemaakt wordt in het kwaliteitshandboek, de visie of andere beleidsteksten.

Wellicht krijgt het onderwerp weinig aandacht, omdat er weinig problemen zijn met betrekking tot seksualiteit en intimiteit, zeggen acht deelnemers.



*"Ik denk niet dat mensen er op voorhand over nadenken. Situaties overkomen je dikwijls. Het is niet de eerste bekommernis van het woonzorgcentrum."* (R6)

*"Het komt niet vaak voor. Moest het dagelijks of meermaals voorvallen, zou er wel over nagedacht worden. Maar dat is nu nog niet aan de orde. Misschien bij een komende generatie. In de loop der jaren is er ook een evolutie gekomen over bijvoorbeeld fixatie, misschien dat een gelijke evolutie op gang moet komen met betrekking tot seksualiteit."* (R10)

*"Er moet eerst iets gebeuren voordat het onderwerp ter sprake komt."* (R9)

De meeste deelnemers geven aan dat ze dit niet als een gemis aanvoelen op de werkvloer.

- **Nood aan een procedure...**

Acht deelnemers denken dat er geen procedure bestaat in hun woonzorgcentrum over hoe om te gaan met seksualiteit bij bewoners. Dit bestaat wel over andere thema's, zoals fixatie, brandveiligheid, valincidenten, ...

De meeste deelnemers zeggen dat ze gewoon zijn om er zelf proberen achter te komen wat de beste manier van reageren is. Er zijn volgens alle deelnemers geen schriftelijke of mondelinge afspraken gemaakt over dit thema.

*"Onze kennis over dit thema is enkel wat we leren uit ervaring. We gaan naar de oudere zorgkundigen/verpleegkundigen om raad als we een probleem hebben of we bespreken dit in team."* (R2)

Soms wordt er melding gemaakt van een situatie in het dossier van de bewoner.

*"Soms wordt er iets gerapporteerd in het dossier van de bewoner, zodat het gelinkt kan worden aan een latere situatie."* (R2)

Enkele deelnemers vinden dat men het vertrouwen niet mag schenden en dat niet alles moet gerapporteerd worden.

*"Ik vind dat niet alles moet verteld worden. De bewoner doet soms al heel veel stappen om dat tegen ons te vertellen. Stel dat een collega dan later binnen komt en over mijn gesprek met de bewoner begint, dat weet de bewoner dat ik niet te vertrouwen ben. Het vertrouwen is dan geschonden."* (R2)

Bij opname wordt de seksualiteitsbeleving, nood aan privacy of intimiteit niet bevraagd, zeggen vier deelnemers. Eén persoon zegt dat er wel gevraagd wordt naar hoe het vroeger was. De andere vijf deelnemers weten niet of dit aan de orde komt.

De mogelijkheid om een sekswerker te laten komen, is volgens drie deelnemers wel bespreekbaar met de directie. Maar het is de laatste optie, zegt een deelnemer. Men

zou eerst andere alternatieven overwegen, zoals het ter beschikking stellen van een dvd-speler met erotische films.

Er is volgens verschillende deelnemers geen informatie over seksualiteit voorhanden in het woonzorgcentrum.

Vier respondenten zeggen dat volgens hen de uiting van seksualiteit wel eens onderdrukt wordt door chemische fixatie (bijvoorbeeld door medicatie), of door fysieke fixatie (bijvoorbeeld een pak aandoen waardoor men moeilijker kan bewegen).

*"Seksualiteit wordt soms afgeremd door medicatie die hen rustig houdt, kanaliseert. Dat is eigenlijk niet zo normaal. Dat zou op andere manieren moeten worden opgelost."* (R1)

Drie personen zeggen het omgekeerde: fixatie wordt volgens hen nooit toegepast, maar men is er zich wel van bewust dat sommige medicatie een remmend effect heeft op het libido.

- **... doorverwijzen of niet?**

Twee deelnemers vinden dat zij zelf het beste geplaatst zijn om een gesprek met bewoners aan te gaan over dit thema, omdat zij een vertrouwensband hebben met de bewoners.

*"Ik denk dat het een pluspunt is dat ze ons goed kennen, we hebben een vertrouwensband met hen. Ik zie het niet als een belemmering dat wij de personen zijn die hen wassen en verzorgen."* (R3)

Vijf personeelsleden vinden dat iemand anders dit gesprek moet voeren, iemand die meer afstand kan nemen.

*"Degene die ze wast, kan denk ik deze band niet hebben, want zij denken dan: ze zien mij elke dag naakt. Je moet een band hebben, maar ook niet te dichtbij staan."* (R2)

Zij vinden doorverwijzen de beste optie, maar weten niet steeds naar wie.

*"Moesten wij al meer weten dat we kunnen doorverwijzen en naar wie, zouden we korter op de bal kunnen spelen. Als de bewoner merkt dat wij eerst nog vanalles moeten beginnen rondvragen, gaan ze 'toeklappen'."* (R2)

Enkel vinden dat de psycholoog van het woonzorgcentrum daar de juiste persoon voor is.

*"Zij komt regelmatig binnen bij de bewoners, om allerlei problemen op te volgen. Zij kan daar beter op ingaan dan wij en meer tijd voor nemen."* (R5)

*"De standaard weg bij een moeilijke situatie is het organiseren van een gesprek met de psycholoog. Zij koppelt dat daarna terug naar ons, al of niet via een verslag en een suggestie van wat er zou kunnen gebeuren."* (R6)

Drie deelnemers denken dat de psycholoog daar te weinig in geschoold is, te weinig tijd voor heeft of een onvoldoende sterke band heeft met de bewoners.

*"Iemand die daar meer gespecialiseerd in is, kan beter alternatieven aanbieden of dingen voorstellen."* (R2)

Om een gesprek aan te gaan met bewoners moet je, volgens enkele personeelsleden, kennis hebben van een aantal zaken: bewoners zijn hardhorig, er is sprake van dementie, ... Dit bemoeilijkt de communicatie.

Ook de directie en de hoofdverpleegkundige hebben hierin een taak, vinden enkele personeelsleden.

Alle deelnemers zijn er wel van overtuigd dat een doorverwijzing ernstig wordt genomen en wordt opgevolgd door de directie, hoofdverpleegkundige of psycholoog.

## **6) Nood aan opleiding en vorming**

In dit gedeelte formuleren we een antwoord op de zesde onderzoeksvraag: ondervindt het personeel nood aan opleiding en vorming over dit thema?

Acht deelnemers hebben in hun basisopleiding geen informatie meegekregen over seksualiteit bij ouderen. De twee andere deelnemers zeggen dat dit zeer beknopt aan bod kwam.

*"Misschien dat dat nodig is om aan bod te laten komen in de basisopleidingen. De stagiairs zijn jonge mensen en worden er soms echt in gesmeten. Het zijn jonge mensen, als ze voor de eerste keer een man moeten wassen."* (R10)

Tot nu toe heeft geen van de participanten reeds een bijkomende vorming of opleiding gehad over seksualiteit en intimiteit bij ouderen.

De helft van de deelnemers aan de interviews zegt geen nood te hebben aan dergelijke vorming of opleiding, omdat ze toch niet met het thema geconfronteerd worden.

*"Moest ik daar problemen mee gehad hebben, zou ik er wel voor open staan. Maar ik heb nog nooit problemen gehad, het is voor mij niet noodzakelijk om daar bijscholing over te krijgen."* (R7)

*"Voor mij hoeft er geen vorming over te zijn. We hebben geen bewoners die daar behoefte aan hebben."* (R4)

Sommigen vinden dat andere thema's meer prioriteit moeten krijgen.

Enkelen vinden dat ze al genoeg weten over dit thema, en nog een paar vinden dat ze hun plan kunnen trekken op basis van overleg en ervaring. Een pasklaar antwoord is er toch niet, vinden ze.

*"Als er al eens iets gebeurt, dan communiceren wij met elkaar. Er is nooit een pasklaar antwoord. Ik weet niet of een vorming daar veel aan kan bijdragen."* (R8)

De andere helft vindt dat een vorming wel nuttig zou kunnen zijn, en dan vooral over hoe men er mee om moet gaan. Een vorming bevat volgens hen best duidelijke, theoretische informatie, die praktisch wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden.

*"We zouden wel nuttige informatie kunnen hebben aan hoe we moeten omgaan met of reageren op een situatie."* (R6)

*"Ik denk wel dat er nood is aan vorming. Als we er meer over zouden praten, zou er meer eensgezindheid zijn en duidelijkheid in procedures en zo. Als een bewoner nog eens een opmerking maakt of zo, in plaats van er niet meer aan te denken, zouden we misschien eens in een andere richting kunnen denken."* (R3)

Personeelsleden hebben wel inspraak in de thema's die aan bod komen in het vormingsaanbod.

#### 5.1.4. Link met de literatuur

Waar mogelijk leg ik de link van de onderzoeksresultaten (die ik cursief weergeef) met de bevindingen uit de literatuur en uit het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016).

- ***Nood aan tederheid en intimiteit***

*De meerderheid van de deelnemers geeft aan dat ouderen meer nood hebben aan liefde, samen zijn, knuffels geven, intimiteit, dan aan seksuele bevrediging.*

In de literatuur herkennen we dit: volgens Eulderinck e.a. (2008) treedt er een verschuiving op in waarden. In plaats van genitale lust en orgasme zal men de nadruk leggen op tederheid, sensualiteit en emotionele veiligheid.

Onderzoeken tonen aan dat er een grote verscheidenheid is in hoe ouderen seksualiteit ervaren: de leeftijd, het geslacht, ... spelen hierbij een rol.

Als we dit vergelijken met het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016), meent 84,8% van de respondenten dat ouderen seksuele intieme noden hebben. En 87,5% van de respondenten in dat onderzoek vindt dat seksualiteit en intimiteit bij het leven horen, ook in een woonzorgcentrum.

- **Bespreekbaarheid en de nood aan informatie**

*Uit de interviews blijkt dat de bewoners geen aanstalten maken om over seksualiteit of intimiteit te spreken met het personeel. Bewoners stellen geen vragen over dit thema, zegt de meerderheid van de deelnemers.*

Dit bevestigt wat we vonden in de literatuurstudie. Bewoners zullen inderdaad niet snel het initiatief nemen om erover te praten. Veel ouderen schamen zich om hulp te zoeken (Taylor & Gosney, 2011). De Graaf e.a. (2004) bevestigen dit: de huidige senioren generatie heeft nauwelijks geleerd om over seksuele zaken te praten, zij groeiden op in een tijd waarin seksualiteit onlosmakelijk verbonden was met voortplanting.

De nood aan informatie wordt door vier deelnemers ter sprake gebracht. Er is over seksualiteit en intimiteit geen informatie voorhanden in het woonzorgcentrum.

Verstraeten (2006) en Heath (2011b) schrijven dat bewoners recht hebben op informatie en advies. Het is belangrijk om vragen van bewoners te beantwoorden maar ook om het thema proactief ter sprake te brengen.

- **Toenemende afhankelijkheid, andere prioriteiten**

*Alle participanten vertellen dat de zorgbehoefte bij de ouderen die nu in de woonzorgcentra wonen, groot is en mogelijk een drempel vormt om bezig te zijn met deze thema's.*

*De beperkte mobiliteit en de toenemende afhankelijkheid worden daarbij als voorbeeld gegeven. Andere redenen waarom bewoners volgens de respondenten minder bezig zijn met seksualiteit: de partner die vaak overleden is, incontinentie en bijgevolg een andere lichaamsbeleving.*

*Drie deelnemers melden dat vroeger bewoners die verhuisden naar een WZC, eerder voor gezelschap kwamen en minder uit noodzaak. Nu gaat de zorgbehoefte voor.*

Ook in het literatuuronderzoek komen we tot deze bevindingen: de algemene gezondheidstoestand vermindert bij het ouder worden, waardoor de seksuele aspecten minder prioriteit krijgen (Taylor & Gosney, 2011).

- **Dementie**

*Een andere tendens die enkele deelnemers vermelden, is dat er meer bewoners met dementie in de woonzorgcentra wonen. Ook op de afdelingen die daar niet voor voorzien zijn. Eén respondent zegt dat bewoners met dementie daar zeker niet meer mee bezig zijn, een andere zegt dat dementie ervoor zorgt dat er geen remmingen meer zijn in seksueel gedrag. Een derde persoon meldt dat dit heel afhankelijk is van de vorm van dementie die een bewoner heeft, en dat seksuele interesse bij bewoners met dementie eerder de uitzondering dan de regel is.*

Eulderinck e.a. (2008) en Van Assche (2015) schrijven dat dementie inderdaad een invloed kan hebben op de seksuele interesse. Er kan onaangepast of ongeremd seksueel gedrag voorkomen bij sommige vormen van dementie.

De interesse in seksualiteit kan in het dementieproces zowel toenemen als afnemen. Soms kan men zonder woorden gevoelens van verbondenheid en liefde uiten. Soms kan de persoon met dementie zijn gevoelens echter minder onder controle houden. (Van Assche, 2015).

Tijdens het gehele dementieproces kan men geconfronteerd worden met gedrags- en psychische symptomen (Van de Ven, 2014) zoals roepen, agressie, dolen, seksuele ontremming als gedragsymptomen en wanen, hallucinaties, depressie, angst en apathie als psychologische symptomen. Van de Ven (2014) schrijft dat bijvoorbeeld apathie (een onverschilligheid ten overstaan van de partner en diens pogingen tot affectie), en ontremming (met hyperseksualiteit en een voortdurend appel op seksueel contact) invloed kunnen hebben op de seksuele beleving.

- **Individuele verschillen**

*Drie deelnemers vinden het bezig zijn met seksualiteit heel individueel verschillend. Het is volgens deze deelnemers afhankelijk van het libido en van het vroegere seksleven van de persoon. Iemand zegt dat seksualiteit een constante in je leven is.*

Ook dit wordt vermeld in ons literatuuronderzoek. De Graaf e.a. (2004) benadrukken dat ouderen heel verschillend zijn in seksueel gedrag en seksuele belangstelling. Er zijn grote verschillen binnen de populatie ouderen. Maar op individueel niveau zou het seksuele gedrag en het niveau van seksuele belangstelling vrij constant blijven.

- **Verskil tussen man en vrouw**

*Over het verschil tussen mannen en vrouwen, zegt de helft van de deelnemers dat seksuele interesse toch meer bij mannen voorkomt dan bij vrouwen. Dit heeft volgens hen te maken met de generatie waarin men opgegroeid is. Naar mannen werd meer geluisterd en zij mochten meer voor hun behoeften uitkomen.*

*Vrouwen zouden volgens deze deelnemers meer belang hechten aan genegenheid, familie en gezondheid.*

In de literatuur komen we tot gelijkaardige bevindingen: mannen zouden langer seksuele interesse tonen dan vrouwen (Taylor & Gosney, 2011). Dit zou onder meer komen doordat er meer oudere vrouwen zonder partner zijn dan mannen (Eulderinck e.a., 2008). Het onevenwicht in het aantal mannen en vrouwen in de latere generaties beïnvloedt het seksuele leven van ouderen (Van Assche, 2015). Over het algemeen wordt seksuele interesse bij mannen ook gemakkelijker aanvaard dan bij vrouwen (Van Assche, 2015).

- **Holebi - thema**

*Van de tien deelnemers hebben er slechts twee ervaring met het holebi-thema bij bewoners. Vroeger werd de hetero-gedachte opgedrongen en moest men zijn eigen gevoelens aan de kant zetten, menen drie deelnemers.*

*Wel wordt verschillende malen gemeld dat de bewoners over het algemeen wel open staan voor homoseksualiteit bij personeel.*

Van de Ven (2014) schrijft dat er, hoewel er de laatste decennia een toch al meer positieve visie is op seksualiteit bij ouderen, nog steeds enkele knelpunten blijven zoals de attitude tegenover masturbatie, nieuwe relaties en homoseksualiteit.

Volgens Geenen (2009) worden persoonlijk getinte relaties tussen bewoners in woonzorgcentra als onjuist beschouwd, en gedrag dat niet in het normale patroon past is storend, kost te veel tijd of is lastig. Dit wordt ook bevestigd door De Graaf e.a. (2004). Deze laatsten vermelden dat dit nog moeilijker is voor ouderen met homoseksuele of lesbische voorkeuren.

Ik deed over dit thema navraag bij Leen de Wispelaere van de belangenvereniging KliQ vzw. Zij gaf aan dat er nauwelijks onderzoek bestaat in Vlaanderen naar de manier waarop holebiseksualiteit al dan niet geïntegreerd is in woonzorgcentra en daar is dus weinig informatie over. Zij willen werk maken van sensibilisering van directie en kaderleden van woonzorgcentra om dit op te nemen in het beleid (L. de Wispelaere, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2016).

- **Een stille generatie**

*Drie deelnemers denken dat ouderen zelf een aantal vastgeroeste ideeën koesteren over ouderen en seksualiteit. Ouderen denken dat het een afgesloten hoofdstuk is, dat hun tijd gepasseerd is en dat het niet meer hoeft eens je in een woonzorgcentrum woont. Ouderen hebben volgens deze respondenten het idee dat seksualiteit enkel dient voor de voortplanting. Eigen aan de generatie ouderen die momenteel in woonzorgcentra woont, is dat het een stille generatie is die over dit thema niet gemakkelijk praat. Het is nog taboe. Dit wordt gemeld door de meerderheid van de respondenten. Het is de generatie van 'geen seks voor het huwelijk' en 'mondje dicht'. Seksuele gevoelens moesten onderdrukt worden.*

Dit wordt in de literatuur ook aangehaald door Taylor & Gosney (2011) en door De Graaf e.a. (2004).

Van de Ven (2014) schrijft dat we de waarden en normen waarmee wij opgegroeid zijn, voor een groot deel blijven meedragen.

Daarnaast heeft de maatschappelijke beeldvorming op seksualiteit bij ouderen eveneens een impact op het eigenlijke seksuele functioneren van ouderen. We beschreven in de literatuurstudie twee grote trends in de visie op seksualiteit bij ouderen. Enerzijds heerst er in onze maatschappij een stereotype visie op ouderen als

aseksueel. We associëren ouderen met lichamelijke aftakeling. Nog niet zo lang geleden werd seksualiteit voornamelijk gekoppeld aan voortplanting. Als die levensfase voorbij was, werd men verondersteld niet meer seksueel actief te zijn (Van Assche, 2015; De Graaf e.a., 2004). Daarom hebben ouderen zelf vaak het beeld dat seks geen deel meer uitmaakt van het leven op latere leeftijd, en keuren hun eigen seksuele interesse af. Dit houdt dan weer deze stereotype visie in stand (Van Assche, 2015).

*Volgens de helft van de deelnemers heeft de generatie die binnen enkele jaren in de woonzorgcentra zal wonen, meer gevochten voor de bespreekbaarheid van seksualiteit. Bijgevolg zal het minder taboe zijn en zal er misschien meer aandacht nodig zijn voor dit thema.*

Dit wordt bevestigd in de literatuurstudie: de snelle evolutie in de manier waarop we naar relaties en seksualiteit kijken, heeft er voor gezorgd dat er grote verschillen bestaan tussen generaties. Zelfs binnen de groep 'ouderen' is er geen eensgezindheid. De babyboomgeneratie heeft veranderende opvattingen over wat 'oud zijn' is, het aantal scheidingen op latere leeftijd stijgt, net als het aangaan van nieuwe huwelijken, niet-hetero levensstijlen, gebruik van dating sites, ... (Gott, 2006). Gott (2006) schrijft dat de vooruitgang in behandelingen en een verandering in attitudes van ouderen over seks en seksualiteit, geleid hebben tot veranderingen in de publieke opinie. De babyboomgeneratie wordt nu ouder en dit heeft verandering in attitudes van ouderen met zich meegebracht. Zij zullen bijvoorbeeld meer zelfzeker praten over seksuele noden (Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013; De Graaf e.a., 2004).

- **Omgeving**

*De omgeving van een woonzorgcentrum is geen stimulerende omgeving, wordt gemeld door enkele deelnemers. Dit onder meer door de aanwezigheid van andere bewoners, het gebruik van rolwagens en incontinentiemateriaal, het gebrek aan privacy. Bewoners kunnen hun kamer niet (eenvoudig) op slot doen, er is een komen en gaan van personeel, en vaak klopt het personeel maar wachten ze niet op een antwoord vooraleer ze binnen komen.*

Het grootste probleem binnen een woonzorgcentrum is volgens Van Assche (2015) niet het verlangen naar erotiek en seksuele activiteit, maar het restrictieve klimaat waarbinnen deze verlangens tot uiting moeten komen. Hierbij gaat het om de attitude van de hulpverleners, maar ook om het gebrek aan privacy, moeilijke toegang tot hulpmiddelen, gebrek aan manieren om met een nieuwe partner veilig seksueel contact aan te gaan.

De wens om je seksueel uit te drukken, intieme relaties aan te gaan of seksueel contact te hebben is in een woonzorgcentrum niet eenvoudig te realiseren. Heath (2011b) benoemt enkele van de mogelijke belemmeringen: meervoudige handicaps, mentale gezondheid, dementie, beperkte mobiliteit, chronische pijnen, incontinentie, ... zijn zaken waar ouderen in ouderenvoorzieningen vaak mee geconfronteerd worden.



In het literatuuronderzoek wordt door verschillende auteurs melding gemaakt van het gebrek aan privacy in een woonzorgcentrum (Geenen, 2009; Van Assche, 2015; Heath, 2011b; Taylor & Gosney, 2011; Elias & Ryan, 2011), het hospitalisatiesyndroom (Geenen, 2009), de weinig uitnodigende omgeving van een woonzorgcentrum (Van Assche, 2015; ), het verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid (Geenen, 2009; Heath, 2011b) als factoren die de seksualiteitsbeleving van ouderen in woonzorgcentra beïnvloeden.

In het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016), vindt 60% van de deelnemers dat ouderen in hun woonzorgcentrum te weinig fysieke privacy hebben. In 29% van de situaties hebben bewoners de mogelijkheid om een 'niet storen' bordje aan hun kamer te hangen of om zich terug te trekken in een aparte relaxatie- of snoezelruimte.

*Deze mogelijkheden zijn in beide woonzorgcentra waar de interviews plaatsvonden niet voorhanden: er zijn geen bordjes 'niet storen', en in één van beide woonzorgcentra is er wel een relaxatie-ruimte, maar daar staat geen bed in.*

- ***Koppels in het woonzorgcentrum***

*In geen van beide woonzorgcentra zijn tweepersoonskamers voorhanden. In het ene woonzorgcentrum kunnen koppels wel kiezen om één kamer als slaapkamer in te richten, en een andere als living. In het andere woonzorgcentrum is die mogelijkheid er niet.*

In de literatuur wordt dit bevestigd: meestal is er enkel een gemeenschappelijke living en kan men de slaapkamer niet sluiten. Bewoners hebben hoge zorgnoden. Daardoor is er vaak andere uitrusting nodig, zoals éénpersoonsbedden die verstelbaar zijn in hoogte. Deze zijn nodig om de handelingen voor het personeel te vergemakkelijken, maar bevorderen de intimiteit tussen twee personen niet (Heath, 2011b; De Graaf e.a., 2004). Meestal is er geen dubbel bed beschikbaar voor koppels met een lange relatie.

Ook Van Assche (2015) schrijft dat een opname in een woonzorgcentrum vaak tot gevolg heeft dat er een gebrek is aan mogelijkheden (voor partners) om intiem samen te zijn. De auteur geeft aan dat er vaak te weinig mogelijkheden zijn om zich in de kamer af te zonderen. Als dit wel kan, is er vaak geen mogelijkheid om de kamer te sluiten of een bordje 'niet storen' te hangen.

*In beide woonzorgcentra is er geen mogelijkheid om zich af te zonderen in een privé kamer.*

In de literatuur komen we tot volgende bevindingen. Soms wordt er wel een privékamer ter beschikking gesteld, maar dan weet iedereen wat je in die kamer gaat doen (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013). Kamers die bedoeld zijn voor intieme ontmoetingen lopen hun doel voorbij als het klimaat in het woonzorgcentrum er niet aan aangepast is (Van Assche, 2015): zo zijn er

te vaak beperkende regels en gewoontes met betrekking tot seksualiteit en worden seksuele relaties nog te vaak afgekeurd.

- **Niet onbekend, maar ook geen dagelijkse aangelegenheid.**

*In de interviews zeggen de meeste deelnemers dat men slechts heel sporadisch wordt geconfronteerd met seksualiteit bij bewoners.*

*Als ik echter meer doorvraag, blijkt dat op een paar uitzonderingen na de meeste deelnemers één van volgende situaties al eens meegemaakt hebben: een bewoner lag naakt op bed, een bewoner was aan het masturberen toen men zijn/haar kamer binnen kwam, een man kreeg een erectie bij het wassen, of wou de verzorgende aanraken tijdens de verzorgingsmomenten. Twee deelnemers kwamen nog nooit in aanraking met een dergelijke situatie.*

Een kleine 70% van de deelnemers in het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) wordt in hun werkcontext geconfronteerd met seksualiteit van bewoners.

- **Hoe wordt er gereageerd, door personeel en bewoner?**

*Indien men geconfronteerd zou worden met een koppel dat aan het vrijen is in hun kamer, zou men het negeren, buiten gaan en gewoon verder doen met het werk. Maar, zo zeggen enkelen, er zouden wel collega's zijn die er grapjes over maken. Geen van de deelnemers heeft deze situatie al meegemaakt.*

In het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) geeft meer dan één op vier deelnemers aan niet te weten wat te doen in deze situatie.

*Wanneer men een kamer binnenkomt bij een bewoner die aan het masturberen is, zouden de meeste geïnterviewden zich excuseren en buiten gaan. Eén persoon zou er later hoe dan ook op terugkomen met de bewoner, drie personen zeker niet. Drie anderen zouden er enkel op terugkomen met de bewoner als deze er zelf over begint.*

In het eerder vermeld onderzoek (Van Houdenhove e.a., 2016) herkennen we bij iets minder dan één op drie respondenten de onwennigheid om erover te praten met bewoners. De helft van de deelnemers aan het onderzoek vindt wel dat het begeleiden van ouderen met seksuele noden een deel uitmaakt van hun taak, en 64% vindt dat ouderen vragen over intimiteit en seksualiteit met hen kunnen bespreken (Van Houdenhove e.a., 2016).

*Een deelnemer aan de interviews meldde dat sommige collega's negatief reageerden op een bewoner die aan het masturberen was. De collega's wouden dit de volgende keer niet meer tegen komen, de bewoner mocht dit niet doen.*

In de literatuur wordt door Van Assche (2015) melding gemaakt van dit restrictieve klimaat, dat een negatieve invloed heeft op de seksualiteitsbeleving van ouderen.

- **Grensoverschrijdend gedrag**

*Bij grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld een bewoner wil een personeelslid aanraken of begint te masturberen in bijzijn van een personeelslid, al dan niet tijdens verzorgingsmomenten, zegt de meerderheid van de respondenten daar kordaat op te reageren dat het niet mag. Men bespreekt dit dan in team, en samen zoekt men naar de beste manier om hiermee om te gaan.*

Van Assche (2015) schrijft dat hulpverleners soms geconfronteerd worden met seksueel grensoverschrijdend gedrag van de oudere naar hen toe. Men voelt aan dat de persoonlijke integriteit wordt bedreigd of aangetast. Er wordt weinig stilgestaan bij dit soort incidenten, zegt Van Assche (2015). Wellicht kan dit komen door de grote werkdruk. Anderzijds voelen hulpverleners zich ook sneller verantwoordelijk voor wat er gebeurt, durven er niet mee naar buiten komen omdat ze schrik hebben dat ze het hebben uitgelokt. Van Assche (2015) reikt een aantal handvatten aan die kunnen helpen in de praktijk.

- **Bespreekbaarheid met familie**

Of men vindt dat dit onderwerp bespreekbaar is met de familie van bewoners, is niet heel duidelijk. De meerderheid van de participanten heeft dit onderwerp nog niet moeten bespreken met familie van bewoners.

Vier deelnemers vinden dat niet alles mag besproken worden met familie, omwille van de privacy van de bewoner. Twee deelnemers vinden dat dit enkel kan met toestemming van de hoofdverpleging, en dat dit eerst met de bewoner moet besproken worden.

In de literatuur vinden we terug dat familie door de voorziening vaak betrokken wordt in persoonlijke zaken, omdat men hen tevreden wil stellen. De betrokkenheid van familie zou individueel overwogen moeten worden, met waar mogelijk de bewoner die hier zelf over beslist (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

- **Bespreekbaarheid met collega's**

*Enkele deelnemers zeggen dat er heel respectvol over dit thema gepraat wordt onder collega's.*

*De helft van de deelnemers zegt dat er wel eens hilariteit over het onderwerp ontstaat en dat er over gelachen wordt onder collega's, maar dat er nadien wel serieus kan over gepraat worden.*

*Een paar deelnemers zeggen dat het thema seksualiteit niet bespreekbaar is met collega's. De andere deelnemers vinden wel dat hun collega's er open voor staan, maar vier deelnemers zeggen dat er weinig over gesproken wordt.*

In het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) vindt 40% van de respondenten dat er onder collega's vaak lacherig gedaan wordt over seks en intimiteit bij ouderen. De

meerderheid in dit onderzoek is van mening dat het onderwerp wel bespreekbaar is met collega's.

Het is volgens Bauer en Fetherstonhaugh e.a. (2013) gekend dat personeel ook informatie uitwisselt over bewoners. Personeel heeft vaak een ongelimiteerde toegang tot de persoonlijke ruimte van de bewoner en bewoners worden van heel dichtbij gemonitord.

- ***Is er een beleid en/of visie over seksualiteit in het woonzorgcentrum?***

*De meeste deelnemers geven aan dat ze dit niet als een gemis aanvoelen op de werkvloer.*

In het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) blijkt echter dat ongeveer 60% van de deelnemers vindt dat deze thema's meer aandacht moeten krijgen in het woonzorgcentrum, en ongeveer de helft mist ook een duidelijk seks- en intimiteitsbeleid.

Woonzorgcentra moeten volgens Heath (2011b) een beleid ontwikkelen dat de rechten van alle personen die er wonen, werken en bezoeken ondersteunt. Een dergelijk beleid kan helpen om misverstanden en conflicten te voorkomen en moet verzekeren dat de rechten en persoonlijkheid van iedere belanghebbende herkend en gerespecteerd worden (Heath, 2011b). Men kan daartoe expliciete grenzen stellen. In het dagelijks handelen is het immers niet evident om een evenwicht te vinden tussen zorg dragen voor en observeren van bewoners versus de rechten op privacy respecteren en seksuele activiteit ondersteunen, naast de activiteiten van het dagelijks leven, ... Kwetsbare personen moeten bovendien beschermd worden voor ongepast of ongewenst contact met anderen (Heath, 2011b).

- ***Nood aan een procedure...***

*Acht geïnterviewden denken dat er geen procedure bestaat in hun woonzorgcentrum over hoe om te gaan met seksualiteit bij bewoners. Dit bestaat wel over andere thema's, zoals fixatie, brandveiligheid, valincidenten, ...*

*De meeste deelnemers zeggen dat ze gewoon zijn om er zelf proberen achter te komen wat de beste manier van reageren is. Er zijn volgens alle deelnemers geen schriftelijke of mondelinge afspraken gemaakt over dit thema.*

Als we dit vergelijken met het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) zien we dat slechts één op vier van de deelnemers van mening is dat er op hun werk duidelijke mondelinge afspraken bestaan over het omgaan met seksualiteit en intimiteit, en amper 12% zegt dat er schriftelijke afspraken over bestaan.

In het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) rapporteert één op drie deelnemers dat er in hun woonzorgcentrum maatregelen genomen worden om seksueel gedrag van bewoners af te remmen. Meer informatie over welke maatregelen, of welke doelgroep, is hier niet voorhanden.

*Vier deelnemers aan de interviews zeggen dat volgens hen wel eens de uiting van seksualiteit onderdrukt wordt door chemische fixatie (bijvoorbeeld door medicatie), of door fysieke fixatie (bijvoorbeeld een pak aandoen waardoor men moeilijker kan bewegen).*

*Drie personen zeggen het omgekeerde: fixatie wordt volgens hen nooit toegepast, maar men is er zich wel van bewust dat sommige medicatie een remmend effect heeft op het libido.*

- **Doorverwijzen**

*Twee deelnemers vinden dat zij zelf het beste geplaatst zijn om een gesprek met bewoners aan te gaan over dit thema, omdat zij een vertrouwensband hebben met de bewoners.*

*Vijf personeelsleden vinden dat iemand anders dit gesprek moet voeren, iemand die meer afstand kan nemen.*

In het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) vindt de helft van de deelnemers dat het begeleiden van bewoners met seksuele noden of vragen een vast onderdeel van hun taak uitmaakt, en 65% vindt dat ouderen vragen rond intimiteit en seksualiteit met hen kunnen bespreken. Slechts 40% vindt dat ze daar voldoende ruimte voor hebben.

We moeten ons hier wel de bedenking bij maken dat in dit onderzoek deelnemers met uiteenlopende functies de vragenlijst invulden, terwijl de tien interviews enkel bij verzorgend en verpleegkundig personeel werden afgenomen.

- **Nood aan opleiding en vorming**

*Acht deelnemers hebben in hun basisopleiding geen informatie meegekregen over seksualiteit bij ouderen. De twee andere deelnemers zeggen dat dit zeer beknopt aan bod kwam.*

Meer dan de helft van de deelnemers in het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) vond zichzelf competent genoeg om met seksueel gedrag van ouderen om te gaan. Maar minder dan één op drie deelnemers gaf aan dat de thema's in hun opleiding aan bod kwamen. Bij de jongste leeftijdsgroep, zo schrijven Van Houdenhove e.a. (2016), is dit vaker het geval.

*De helft van de respondenten van de interviews vindt dat een vorming wel nuttig zou kunnen zijn, en dan vooral over hoe men er mee om moet gaan. Een vorming bevat volgens hen best duidelijke, theoretische informatie, die praktisch wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden.*

De meerderheid van de deelnemers aan het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016) geeft in dit verband aan graag meer kennis te hebben rond seksualiteit en intimiteit, bijvoorbeeld om te weten hoe te reageren bij de confrontatie met een

vrijend koppel of een masturberende bewoner. Slechts 12% van de deelnemers gaf aan dat er in hun voorziening geregeld vormingen worden gegeven over omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

Uit het literatuuronderzoek in het eerste deel van dit werk blijkt dat er nood is aan vorming en training van personeel in de gezondheidszorg, om beter te kunnen omgaan met de behoefte aan seksualiteit en intimiteit bij ouderen én om de communicatievaardigheden hierover te verbeteren.

#### 5.1.5. Samenvatting

De respondenten rapporteren meer nood aan tederheid, genegenheid en intimiteit bij de bewoners, dan nood aan bevredigende seksuele contacten.

Men merkt dat bewoners geen aanstalten maken om dit onderwerp ter sprake te brengen, en hier ook geen vragen over stellen aan het personeel.

In de literatuurstudie herkennen we dit gegeven: veel ouderen schamen zich om over dit onderwerp te spreken, en gaan daarom ook niet gemakkelijk hulp zoeken.

In beide woonzorgcentra is geen informatie over seksualiteit beschikbaar voor bewoners. Over de noodzaak hiervan, zijn de deelnemers verdeeld. Enkelen vinden dit wel nodig, anderen dan weer niet.

De meerderheid van de respondenten meldt dat het eigen is aan de generatie van de bewoners, dat men niet gemakkelijk over dit thema spreekt. Men denkt dat de bewoners zelf een aantal stereotypen internaliseren, zoals het idee dat hun tijd gepasseerd is, dat seksualiteit dient voor de voortplanting, ... Het is nog taboe. Het is de generatie van 'geen seks voor het huwelijk' en 'mondje dicht'. Seksuele gevoelens moesten onderdrukt worden. Dit komt eveneens voor in de literatuurstudie.

Het verschil tussen man en vrouw wordt door verschillende respondenten vermeld. Men denkt dat mannen meer seksuele interesse hebben dan vrouwen. Dit heeft volgens hen te maken met de generatie waarin men opgegroeid is. Naar mannen werd meer geluisterd en zij mochten meer voor hun behoeften uitkomen. Vrouwen zouden volgens deze deelnemers meer belang hechten aan genegenheid, familie en gezondheid. In de literatuurstudie herkennen we deze elementen.

Daarnaast melden verschillende deelnemers dat ouderen zo individueel kunnen verschillen, dat we ze niet over één lijn mogen trekken. Maar, zo melden een aantal respondenten, toch zou er een constante kunnen zijn in je libido, je vroegere seksleven, ... dit element komt eveneens naar voor in de literatuurstudie.

Enkele respondenten vermelden het holebi-thema. Men denkt dat vroeger de hetero-gedachte opgedrongen werd en men zijn eigen gevoelens aan de kant moest zetten. In de literatuur is hier zeer weinig informatie of onderzoek over te vinden.

De medewerkers van de woonzorgcentra sommen enkele factoren op die volgens hen invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van de bewoners. De toenemende afhankelijkheid, de hoge zorgnoden en de beperkte mobiliteit van de bewoners hebben zeker invloed op hun seksualiteitsbeleving. Gezondheidsproblemen krijgen prioriteit.

Daarnaast spelen nog enkele zaken mee, zoals het verlies van de partner, een veranderde lichaamsbeleving, bijwerkingen van medicatie, eventuele dementie, ...

De omgeving van het woonzorgcentrum wordt door de meeste deelnemers vermeld als een 'niet stimulerende omgeving', door de aanwezigheid van andere bewoners, het gebruik van rolwagens, incontinentiemateriaal, ...

Deze elementen komen eveneens aan bod in de literatuurstudie.

Het gebrek aan privacy komt ruimschoots aan bod in de interviews. Het is volgens enkele deelnemers een komen en gaan van personeel op de kamers. Het personeel heeft de gewoonte om te kloppen op de kamerdeur, maar wacht meestal niet op een antwoord. Bewoners kunnen hun kamer niet (eenvoudig) op slot doen, koppels kunnen niet samen slapen in één kamer. Er is geen mogelijkheid om zich af te zonderen. In de literatuur wordt dit ook bevestigd.

In de interviews zeggen de meeste deelnemers dat ze slechts heel sporadisch worden geconfronteerd met seksualiteit bij bewoners. De meeste deelnemers hebben één van volgende situaties al eens meegemaakt: een bewoner lag naakt op bed, een bewoner was aan het masturberen toen men zijn/haar kamer binnen kwam, een man kreeg een erectie bij het wassen, of wou de verzorgende aanraken tijdens de verzorgingsmomenten.

Situaties van grensoverschrijdend gedrag worden eveneens gemeld door de deelnemers. Men bespreekt dit dan in team, en zoekt samen naar een oplossing.

Hoe men reageert op een situatie waarin men geconfronteerd werd met seksualiteit bij een bewoner, baseert men zich vooral op ervaring en overleg. Men handelt vaak vanuit het buikgevoel.

Men houdt rekening met de situatie en met de bewoner in kwestie. Ook de mate waarin het gedrag grensoverschrijdend is, of er andere mensen in betrokken worden, of de mate waarin het storend is voor derden, is meebepalend voor de manier van reageren. Indien de bewoner dementie heeft, wordt daar ook anders mee omgegaan, zeggen de meeste deelnemers.

De deelnemers staan open voor het idee dat ouderen in woonzorgcentra recht hebben op het uiten van seksualiteit en dat daar respectvol en discreet mee moet worden omgegaan. Verschillende deelnemers verwijzen naar collega's die vinden dat seksualiteit op oudere leeftijd niet meer aan de orde is.

De leeftijd van het personeel doet er volgens de meesten niet toe. Wel heeft de culturele achtergrond, de opvoeding, afkomst, de manier waarop er vroeger over mocht gepraat worden, invloed op de attitude van het personeel, menen de meeste deelnemers. Een paar deelnemers zeggen dat de eigen ervaringen, persoonlijkheid en eigen ingesteldheid een invloed hebben op het omgaan met probleemsituaties.

Of men vindt dat dit onderwerp bespreekbaar is met de familie van bewoners, is niet heel duidelijk. De meerderheid van de participanten heeft dit onderwerp nog niet moeten bespreken met familie van bewoners. Enkele deelnemers vinden het belangrijk de privacy van de bewoner in overweging te nemen wanneer men dit thema met de familie bespreekt.

De helft van de deelnemers zegt dat er wel eens hilariteit over het onderwerp ontstaat en dat er over gelachen wordt onder collega's, maar dat er nadien wel respectvol over gepraat kan worden.

Er lijkt geen seksualiteitsbeleid te zijn in de woonzorgcentra. De meeste deelnemers geven aan dat ze dit niet echt missen op de werkvloer. De meerderheid van de deelnemers denkt dat er geen procedure bestaat in hun woonzorgcentrum over hoe om te gaan met seksualiteit bij bewoners.

Enkelen zeggen dat volgens hen de uiting van seksualiteit wel eens onderdrukt wordt door chemische fixatie (bijvoorbeeld door medicatie), of door fysieke fixatie (bijvoorbeeld een pak aandoen waardoor men moeilijker kan bewegen). Maar anderen zeggen het omgekeerde: fixatie wordt volgens hen nooit toegepast, maar men is er zich wel van bewust dat sommige geneesmiddelen een remmend effect hebben op het libido.

Enkele deelnemers vinden dat zij zelf het beste geplaatst zijn om een gesprek met bewoners aan te gaan over dit thema, omdat zij een vertrouwensband hebben met de bewoners. Maar de helft van de deelnemers vindt dat iemand anders dit gesprek moet voeren, iemand die meer afstand kan nemen.

De meerderheid van de deelnemers heeft in de basisopleiding geen informatie meegekregen over seksualiteit bij ouderen.

De helft van de deelnemers aan de interviews zegt geen nood te hebben aan vorming of opleiding over seksualiteit en intimiteit bij ouderen, omdat ze toch niet met het thema geconfronteerd worden. De andere helft vindt dat een vorming wel nuttig zou kunnen zijn, en dan vooral over hoe men er mee om moet gaan. Een vorming bevat volgens hen best duidelijke, theoretische informatie, die praktisch wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden.

#### 5.1.6. Conclusie

Het is duidelijk dat de meerderheid van de geïnterviewden wel vindt dat ouderen recht hebben op seksualiteits- en intimiteitsbeleving. Maar de meesten van hen denken dat er bij het wonen in een woonzorgcentrum andere zaken prioriteit krijgen. De zorgbehoevendheid van ouderen en de toenemende groep bewoners met een dementie-problematiek beperkt volgens hen de mogelijkheden en de interesse in seksualiteit.



Er wordt aangegeven dat de groep bewoners van de woonzorgcentra deel uit maken van een 'stille generatie', waarbij er nog een zeker taboe bestaat over het praten over seksualiteit.

Bovendien zijn de mogelijkheden tot privacy beperkt.

Met de nodige voorzichtigheid kunnen we concluderen dat deze groep aangeeft dat er nog geen werk gemaakt werd van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid in het woonzorgcentrum.

Men reageert vaak vanuit het buikgevoel, omdat er geen duidelijke afspraken zijn over hoe men moet omgaan met dit onderwerp.

Daaruit kunnen we afleiden dat bijscholing en opleiding over dit thema wel nuttig kan zijn. De helft van de deelnemers rapporteert de nood aan vorming en training.

#### 5.1.7. Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek

De resultaten van dit kwalitatief onderzoek kunnen niet veralgemeend worden naar alle woonzorgcentra. Het is een beperkte groep personeelsleden uit slechts twee woonzorgcentra, en enkel uit de verplegende en verzorgende discipline. De resultaten zijn niet representatief voor alle woonzorgcentra, en daarom moeilijk te vergelijken met de bevindingen van het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016).

Een mogelijk nadeel van het afnemen van mondelinge interviews, is dat men soms geneigd is om sociaal wenselijk te antwoorden. Je hebt bovendien het risico dat je de respondent stuurt in een bepaalde richting (Baarda, 2009).

Een andere beperking is dat de leidinggevenden van woonzorgcentra en de doelgroep (de bewoners zelf) niet werden bevroegd. Deze keuze werd gemaakt omwille van de beperkte tijd die er was.

Het standpunt van leidinggevenden en bewoners kan zeer verrijkend zijn en een volledig beeld scheppen. Dit is een aanbeveling voor verder onderzoek.

Nog een beperking is dat er enkel gewerkt werd met interviews.

Het zou een meerwaarde kunnen zijn om verder onderzoek te doen naar hoe woonzorgcentra reeds omgaan met dit thema in hun visie- en beleidsteksten.

## 5.2. Ontwikkelen van een vorming

### 5.2.1. Inleiding

Uit de literatuurstudie bleek dat er nood is aan training en vorming voor personeel in woonzorgcentra, met als doel:

- de kennis vergroten met betrekking tot seksuele noden van ouderen in voorzieningen, seksuele gezondheid en behoefte-evaluatie (Bauer, McAuliffe e.a., 2013; Taylor & Gosney, 2011; Gott, 2006).
- personeel leren erkennen en accepteren dat ouderen kunnen genieten van een actief seksleven (Taylor & Gosney, 2011; Bauer, McAuliffe e.a., 2013) en het besef bij de hulpverlener vergroten dat seksuele noden, fantasieën of verlangens blijven bestaan en aandacht verdienen (Van Assche, 2015).
- personeel bewustmaken van de problemen/factoren die invloed kunnen hebben op de seksualiteit, intieme relaties en seksuele activiteit van ouderen.
- de attitude van personeel ten opzichte van seksualiteit bij ouderen verbeteren, positieve tolerantie teweegbrengen (Hajjar & Kamel, 2004; Bauer, McAuliffe e.a., 2013; Mahieu e.a., 2011) en begrip leren opbrengen voor verschillende culturen en geloofsovertuigingen, ook met betrekking tot intimiteit- en seksualiteitsbeleving (Heath, 2011b).
- de hulpverlener vertrouwen en competentie laten ontwikkelen in het omgaan met problemen over seksualiteit, de communicatieve vaardigheden verhogen om dit onderwerp ter sprake te brengen met respect voor de individuele verschillen in seksuele interesse en activiteit en aanleren hoe proactief te werk te gaan (Taylor & Gosney, 2011; Gott, 2006).
- het onderscheid leren maken tussen gepast en ongepast gedrag (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Vanuit het kwalitatief onderzoek bleek dat de helft van de deelnemers aan de interviews de nood aan training en vorming ervaren, en dat men gewoon is om vanuit het 'buikgevoel' te handelen.

We focussen ons bij deze vorming op het verhogen van de kennis omtrent seksualiteit en intimiteit bij ouderen, het bewust worden van de eigen attitudes en het bespreekbaar maken van het thema. Hierbij leggen we de nadruk op een positieve seksualiteitsbeleving van ouderen. We richten ons niet specifiek op het ontwikkelen van een seksualiteit – en intimiteitsbeleid. Doorheen de vorming zullen er samen met het personeel denkoefeningen gebeuren waarin zij vanuit hun concrete praktijk kunnen nadenken over wat ze zelf kunnen veranderen op de werkvloer. Dit kan een belangrijke aanzet vormen tot het werken aan een seksualiteits- en intimiteitsbeleid.

### 5.2.2. Doelgroep

De doelgroep van deze vorming is het personeel van woonzorgcentra.

We zijn van mening dat verschillende disciplines in aanraking kunnen komen met - en een rol spelen in - de seksualiteitsbeleving van ouderen. Bijvoorbeeld verzorging en verpleging, maar ook onderhoudspersoneel dat vaak in de kamers aanwezig is, of paramedisch personeel zoals ergotherapeuten en kinesitherapeuten, animatoren, maatschappelijk werkers, psychologen, ...

Met andere woorden: iedereen die zorg draagt voor de kwaliteit van leven van de bewoners kan baat hebben bij het volgen van deze vorming.

Het is aan de vormingsmedewerker, in samenspraak met de directie, een grens te stellen aan het aantal personeelsleden dat kan deelnemen aan de vorming. We raden aan om dit te beperken tot een 20-tal personen, zodat men nog in groep kan discussiëren.

### 5.2.3. Doelstellingen

We stellen bij deze vorming vier doelstellingen voorop:

- 1) Het verhogen van de kennis over de noden van ouderen op vlak van seksualiteit en intimiteit, en over de factoren die seksualiteits- en intimiteitsbeleving van ouderen (in woonzorgcentra) beïnvloeden.
- 2) Het bespreekbaar maken van het thema seksualiteit en intimiteit, onder collega's, met de bewoners en in teamoverleg.
- 3) De eigen attitudes met betrekking tot seksualiteit bij ouderen kennen, in vraag durven stellen en hierover reflecteren.
- 4) Gepast reageren op en omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners. Seksualiteit bespreekbaar maken in de dagdagelijkse zorg, en leren omgaan met concrete situaties.

### 5.2.4. Randvoorwaarden

Een randvoorwaarde voor het organiseren van deze vorming in een woonzorgcentrum is de bereidheid van de directie om verder te willen nadenken over het ontwikkelen van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid.

Met deze vorming willen we personeel en directie op één lijn krijgen betreffende de visie, attitudes en bespreekbaarheid met betrekking tot seksualiteit en intimiteit van bewoners.

Het woonzorgcentrum moet enkele essentiële waarden ondersteunen, zoals respect voor de autonomie van de bewoner, respect voor het recht op privacy, respect voor

het zelfbeslissingsrecht, uitgaan van de competenties van de bewoner, omdat dit belangrijke uitgangspunten zijn bij deze vorming.

Daarom is het van belang dat de vormingsmedewerker de doelstellingen en de visie eerst aftoetst bij de directie van het woonzorgcentrum.

Het is aangewezen om de directie deze vorming te laten inleiden, zodat die kan aangeven wat de bedoeling is en wat de toekomstvisie van het woonzorgcentrum is op seksualiteit en intimiteit bij bewoners. Op die manier toont ze aan de medewerkers dat ze achter de vorming staat en hieraan actief wil meewerken.

#### 5.2.5. Didactische aanpak

Uit het kwalitatief onderzoek bleek dat er vooral interesse is voor een vorming met duidelijke, theoretische informatie, die praktisch wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden.

Omdat we de kennis van de deelnemers willen vergroten, is het inderdaad aangewezen om een hoeveelheid theorie te verwerken in de inhoud van de vorming.

We hanteren volgende didactische principes (Tielemans, 2001):

- *Het geleidelijkheidsprincipe*: van concreet naar abstract: we vertrekken vanuit de concrete praktijk en bekende ervaringen van de deelnemers om zo tot de meer abstracte en nieuwe theorie te komen, die vervolgens opnieuw gelinkt wordt aan concrete voorbeelden. Een voorbeeld is dat we vertrekken vanuit beeldmateriaal, de groep hierop laten reageren, er theorie aan koppelen en dit terug concretiseren met voorbeelden uit de praktijk.
- *Het aanschouwelijkheidsprincipe*: er wordt gebruik gemaakt van aanschouwelijk materiaal, zoals filmfragmenten, afbeeldingen en schema's.
- *Het activiteitsprincipe*: de deelnemers worden doorheen de vorming voortdurend gestimuleerd om actief na te denken, eigen voorbeelden te geven, te reflecteren, en info uit te wisselen.
- *Het motivatieprincipe*: doordat de vertrekbasis de eigen ervaringen, vragen en verwachtingen van de deelnemers zijn, willen we de intrinsieke motivatie om met het thema aan de slag te gaan aanwakkeren.

De vormingsmedewerker moet zich vooraf verdiepen in het thema en de theorie. In deze handleiding staat steeds een beknopte samenvatting van de theorie die per onderdeel aan bod kan komen. Men zal voor meer informatie beroep moeten doen op het theoretisch kader in dit werkveldproject.

Doorheen de hele vorming zijn de attitudes van het personeel en de bespreekbaarheid van het thema de 'rode draad'.

Men zal gebruik moeten maken van een groot bord of flap-over om notities te nemen. Voor het tonen van filmfragmenten zijn een laptop, beamer en scherm aangewezen.

We schatten dat de vorming ongeveer één werkdag (of twee halve dagen) in beslag zal nemen.

#### 5.2.6. Vorming: omgaan met seksualiteit en intimiteit in woonzorgcentra

##### **1) Deel 1: inleiding**

De vormingsmedewerker start met zichzelf voor te stellen, en zijn beroep, ervaring met de ouderenzorg of met het thema seksualiteit en intimiteit toe te lichten.

Het is aangewezen de directie de vorming te laten inleiden en het verdere traject toe te lichten. Wat zal er na de vorming gebeuren, wordt er werk gemaakt van een seksualiteits- en intimiteitsbeleid?

De vormingsmedewerker be vraagt de verwachtingen van de doelgroep, licht toe waarover de vorming zal gaan en welke van deze verwachtingen er zullen ingelost worden. Hij kan de verwachtingen die niet stroken met de doelstellingen van de vorming na afloop terugkoppelen naar de directie, zodat deze daar verder mee aan de slag kan.

##### **2) Deel 2: beeldfragment**

De vormingsmedewerker kiest één of meerdere beeldfragmenten uit die seksualiteit bij ouderen op een positieve manier belichten.

Men kan bijvoorbeeld kiezen voor de YouTube-video van de trailer van de film "Achter de wolken" (Eyeworks Film, 2015). Een andere mogelijke YouTube-video is de trailer van de documentaire "69: liefde seks senior" (Cinemadelicatessen, 2013) van Laura Meijer. In deze documentaire komen ouderen aan het woord over hun seksleven, hun verliefdheid, hun relatie en hoe zij dit ervaren en ermee omgaan op hun leeftijd. Nog een mogelijkheid is het tonen van fragmenten uit de documentaire "O amor natural" van Honigmann (1996), waarin ouderen erotische gedichten voorlezen en reflecteren over seks en liefde.

Na afloop van het videofragment stelt men enkele vragen aan de personeelsleden:

- Wat zie je in dit filmpje?
- Wat doet dit met je?
- Hoe kijk je naar dit thema?

De vormingsmedewerker geeft aan dat dit geen evident thema is. Ieder heeft zijn eigen referentiekader, zijn eigen normen en waarden. Om een professionele houding aan te nemen, moeten we ons daarvan bewust zijn.

Vervolgens kan de vormingsmedewerker het kader schetsen van waaruit we willen vertrekken: iedereen moet de mensenrechten van de ander respecteren. We gaan steeds uit van het principe dat bewoners van een woonzorgcentrum dezelfde rechten en vrijheden hebben als andere personen, en deze moeten kunnen uitoefenen zolang dit geen negatief effect heeft op de rechten van een ander (Heath, 2011a).

### **3) Deel 3: stellingenspel**

De bedoeling van dit stellingenspel is te peilen naar de attitudes en ervaringen van het personeel.

De vormingsmedewerker legt enkele stellingen voor aan de groep, en laat deze daarover discussiëren. Indien de meningen verdeeld zijn, kan hij de groep naar de juiste attitude leiden.

Enkele voorbeelden van stellingen zijn:

- Ik klop nooit op de deur van de kamers, want de bewoners horen het toch niet.
- Seksualiteit maakt deel uit van het leven van ouderen, ook in het woonzorgcentrum.
- Seksualiteit heeft een invloed op de kwaliteit van leven van de bewoner.
- Door veroudering verdwijnt de zin in seks.
- Ik vind het oké als twee bewoners seksuele contacten hebben.

Uit de antwoorden op de stellingen kan de vormingsmedewerker afleiden of er een overheersend positieve / gemengde / of negatieve attitude heerst in de groep.

Hierbij kan hij aantonen dat het belangrijk is dat we op één lijn staan en dezelfde signalen geven aan de bewoners. Je moet bewust zijn van je eigen waarden en normen en deze voor een stuk opzij kunnen zetten in functie van de oudere.

De vormingsmedewerker besluit dit gedeelte met de definitie van seksuele gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2015), als een belangrijk uitgangspunt in deze vorming:

“Seksuele gezondheid is een staat van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn op het vlak van seksualiteit; het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek.

Seksuele gezondheid vereist zowel een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, als de mogelijkheid om positieve en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld.

Om seksuele gezondheid te bereiken en te handhaven, moeten ieders seksuele rechten worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.” (WHO, 2015).

#### **4) Deel 4: seksuele noden bij ouderen**

Dit gedeelte start met het YouTube-filmpje met als titel "Animatiefilmpje Seksindepaktijk" (Rutgers, 2014). Deze video geeft de seksuele levensloop weer en toont aan dat seksualiteit niet stopt bij het ouder worden.

Via richtvragen kan de vormingsmedewerker de deelnemers bevragen over wat volgens hen de seksuele noden van ouderen zijn. Wat verandert er volgens hen en wat niet bij het ouder worden?

De vormingsmedewerker noteert de antwoorden op een flap-over of bord.

Daarna vult hij de antwoorden aan vanuit de theorie.

Om de doelgroep ervan bewust te maken dat seksuele noden bij ouderen blijven bestaan, kan de vormingsmedewerker duidelijk maken dat er bij ouderen een verschuiving in waarden optreedt naar meer tederheid, sensualiteit, emotionele veiligheid (Eulderlinck e.a., 2008) en gedachten, gevoelens, intimiteit (De Graaf e.a., 2004).

Men kan intimiteit beschrijven als een multidimensionaal gegeven dat niet enkel bestaat uit lichamelijke maar ook uit emotionele verbondenheid (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Intimiteit kan beschreven worden als een combinatie van zorg ontvangen en geven, verbondenheid, nabijheid en genot (Verstraeten, 2006).

Bij ouderen verschilt de seksuele responscyclus in tempo, intensiteit en gemak (Van Assche, 2015). Ook dit kan worden toegelicht om seksualiteit bij ouderen duidelijk te maken.

Bij het ouder worden vindt een daling in activiteit plaats. Seksualiteit krijgt minder prioriteit (Taylor & Gosney, 2011). Toch klopt het cliché van de aseksuele oudere niet: 65+ers blijken gemiddeld éénmaal per twee weken seks te hebben (Elaut e.a., 2013).

Leeftijd is wel een voorspeller voor de mate van seksuele activiteit, maar niet voor het seksuele verlangen. Ouderen zijn heel verschillend in seksueel gedrag en seksuele belangstelling. Er zijn grote verschillen binnen de groep 'ouderen'. Maar op individueel vlak blijft het seksuele gedrag en het niveau van seksuele belangstelling vrij constant (De Graaf e.a., 2004).

## 5) Deel 5: beïnvloedende factoren

De vormingsmedewerker tekent volgend schema op het bord, zonder de voorbeelden erin te vermelden:



figuur 1: beïnvloedende factoren

Via richtvragen laat hij de deelnemers nadenken over de factoren die invloed hebben op seksualiteits- en intimiteitsbeleving van ouderen. Wat niet gezegd wordt, vult hij aan met theorie. Hij laat de doelgroep zelf voorbeelden geven.

Hierbij is het belangrijk om te benadrukken dat er een verwevenheid bestaat tussen deze verschillende elementen (De Graaf e.a., 2004).

Lichamelijke factoren die in de literatuurstudie vermeld worden, zijn bij mannen voornamelijk erectieproblemen en impotentie (Taylor & Gosney, 2011). Bij vrouwen is er sprake van pijnlijke ervaringen, verminderde seksuele interesse, frustratie omtrent inadequate behandelingen (minder behandelingen voorhanden) en psychosociale problemen (Taylor & Gosney, 2011). Het psychisch klimaat, een gevoel van veiligheid en geborgenheid (Van Assche, 2015) hebben een grote invloed op de seksuele beleving van vrouwen. Fysieke problemen zoals kanker, medische behandelingen en urinaire incontinentie (Taylor & Gosney, 2011) worden eveneens aangekaart.

Men dient onderscheid te maken tussen normale verouderingsprocessen en pathologische veranderingen die gepaard gaan met ziektes (Eulderlinck e.a., 2008; Elias & Ryan, 2011; Van Assche, 2015). Zaken die het seksuele leven rechtstreeks of onrechtstreeks kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld medische interventies



(kalmeringsmiddelen, slaapmedicatie, ...), neurologische en urologische ziekten, hart- en vaatziekten, kanker, huid- en geslachtsziekten, operatieve ingrepen, ...

Het is niet altijd eenvoudig om de invloed van een ziekte of behandeling los te zien van andere psychologische en relationele factoren (Van Lankveld, 2009).

Enkele voorbeelden van psychologische en relationele factoren eigen aan het ouder worden zijn bijvoorbeeld een rolverandering in de relatie (bijvoorbeeld de partner wordt zorgbehoevend). Met het ouder worden kunnen er verschillen optreden tussen beide partners door ouderdom (De Graaf e.a., 2004), bijvoorbeeld qua uiterlijk, gezondheid, vitaliteit... Dit kan aanleiding geven tot frustratie en jaloezie.

Ouderen worden in de laatste levensfase geconfronteerd met veel verlies-ervaringen, zoals het verlies van status, macht, partner, lichamelijke gezondheid. Schuldgevoelens, angst en rouw kunnen hun weerslag hebben op het seksuele verlangen (De Graaf e.a.).

Ook het al dan niet samen wonen met partner, de aard van de relatie, faalangst, libidoverlies, normen van de persoon en de omgeving omtrent seks op latere leeftijd (Eulderlinck e.a.) zijn factoren invloed kunnen hebben.

Daarnaast is het nuttig om aan te geven dat ouderen vaak zelf vooroordelen internaliseren, bijvoorbeeld het vooroordeel dat seks enkel voor voortplanting dient (Taylor & Gosney, 2011; De Graaf e.a., 2004).

Dementie kan eveneens invloed hebben op seksuele interesse (Eulderlinck e.a., 2008; Elias & Ryan, 2011; Van Assche, 2015; Van de Ven, 2014). Dementie kan invloed hebben op de draaglast bij mantelzorger. De gezonde partner kan het gevoel hebben zich op te dringen (Van Assche, 2015) in geval van seksuele verlangens. Dementie kan eveneens een invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van de persoon met dementie. Een voorbeeld hiervan is de interesse in seksualiteit, minder controle, het voorkomen van gedrags- en psychische problemen (Van Assche, 2015; Van de Ven, 2014).

Ouderen stappen niet snel naar de huisarts als ze seksuele problemen hebben, omdat ze zich schamen, vinden dat het ongepast is, willen de dokter er niet mee lastig vallen, voelen zich alleen met hun problemen.... (Taylor & Gosney, 2011).

Maatschappelijke factoren die invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van ouderen, zijn onder meer de demografische veranderingen. Deze hebben ervoor gezorgd dat het aandeel ouderen sterk toegenomen is. De levensverwachting voor vrouwen is hoger dan voor mannen. Dit onevenwicht in het aantal mannen en vrouwen in de latere generaties beïnvloedt het seksuele leven van ouderen (Van Assche, 2015; Eulderlinck e.a., 2008). Dit is ook zo op relationeel gebied: enerzijds verandert de beschikbaarheid van partners, anderzijds wordt men tegenwoordig vaak oud samen met zijn partner (De Graaf e.a., 2004).

Van de Ven (2014) schrijft dat we de waarden en normen waarmee wij opgegroeid zijn, voor een groot deel blijven meedragen.

Daarnaast heeft de maatschappelijke beeldvorming van seksualiteit bij ouderen eveneens een impact op het eigenlijke seksuele functioneren van ouderen.

We kunnen in de maatschappij twee grote trends beschouwen in de visie op seksualiteit bij ouderen (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Enerzijds heerst er een stereotype visie op ouderen als asexueel. We associëren ouderen met lichamelijke aftakeling. Nog niet zo lang geleden werd seksualiteit voornamelijk gekoppeld aan voortplanting. Als die levensfase voorbij was, werd men verondersteld niet meer seksueel actief te zijn (Van Assche, 2015; De Graaf e.a., 2004). Daarom hebben ouderen zelf vaak het beeld dat seks geen deel meer uitmaakt van het leven op latere leeftijd, en keuren hun eigen seksuele interesse af. Dit houdt dan weer deze stereotype visie in stand (Van Assche, 2015). Seksualiteit wordt rechtstreeks in verband gebracht met schoonheid, gezondheid en jong zijn. Seksualiteit op latere leeftijd wordt gezien als een gedragsprobleem (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

De tweede opvatting over seksualiteit bij ouderen is de mythe van de 'sexy senior'. Deze mythe legt meer druk op de oudere, die seksueel actief hoort te zijn indien mogelijk, terwijl niet iedere oudere dit wenst. De hulpbehoevende oudere valt hierbij uit de boot (Van Assche, 2015). Deze mythe wordt versterkt door de medicalisering van seksuele disfuncties van ouderen, die gezien worden als een medisch te verhelpen probleem (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Waar voorheen seksuele interesse van ouderen sociaal onaanvaardbaar was, nu wordt verwacht van de oudere dat hij of zij seksueel actief blijft en dit desnoods met de hulp van de medische wetenschap (Verstraeten, 2006).

Beide stereotype percepties laten ouderen weinig ruimte om hun seksualiteit te beleven zoals zij het willen. Deze visies doen afbreuk aan de verscheidenheid in hoe ouderen doorheen hun leven met seksualiteit omgaan (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

De oudste ouderen zijn opgegroeid in de tijd van de kerkelijke beheersingsmoraal. Daarna volgde de generatie die de seksuele revolutie heeft meegemaakt. Met onder meer de komst van de anticonceptiepil in 1962, en vanaf 1974 was homoseksualiteit niet langer een psychische stoornis. Vervolgens kwam de babyboomgeneratie er aan (Van Assche, 2015). Deze laatsten hebben veranderende opvattingen over wat 'oud zijn' is, het aantal scheidingen op latere leeftijd stijgt, net als het aangaan van nieuwe huwelijken, niet-hetero levensstijlen, gebruik van dating sites, ... (Gott, 2006). Dit heeft geleid tot veranderingen in de publieke opinie. De babyboomgeneratie wordt nu ouder. Zij zullen meer zelfzeker praten over seksuele noden (Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013; De Graaf e.a., 2004).

## **6) Deel 6: de plaats van seksualiteit en intimiteit in een woonzorgcentrum**

De vormingsmedewerker deelt de groep op in groepjes van 3 à 4 personen.

Hij laat de groepjes nadenken over de volgende vraag:

"Stel dat je in een woonzorgcentrum verblijft, wat zet jouw seksualiteitsbeleving nog meer onder druk, naast de factoren die we reeds zagen in het voorgaande deel?"

De groepjes krijgen tijd om te brainstormen over deze vraag.

Nadien tekent de vormingswerker volgende matrix op het bord, waarop nog niets geschreven staat.


*figuur 2: blanco matrix*

De vormingsmedewerker beëindigt de brainstormsessie en laat de groepjes één voor één de barrières opsommen waarvan zij denken dat deze in een woonzorgcentrum invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van bewoners.

Hij noteert deze in de matrix, volgens de onderverdeling in figuur 3. Hij noteert pas nadien de vier titels van de categorieën erbij.

<b>Infrastructuur Privacy</b>	<b>Verlies van zelfredzaamheid</b>	<b>Aangaan van intieme relaties</b>	<b>Attitude van personeel</b>
<i>Kamerdeur niet op slot</i>	<i>Afhankelijkheid van de zorg</i>	<i>Geschikte partner vinden</i>	<i>Afkeurende houding van personeel</i>
<i>Komen en gaan van personeel</i>	...	<i>Mogelijkheid tot een band opbouwen</i>	<i>Stereotype visie</i>
...		...	...

*figuur 3: categorieën die van invloed kunnen zijn in een woonzorgcentrum*

De vormingsmedewerker kan dit aanvullen met gegevens uit de theorie:

De verhuis van de eigen woning naar een woonzorgcentrum heeft een grote impact op de meeste ouderen. Gewoonlijk verhuizen zij omdat thuis wonen om de één of andere reden niet meer lukt. Zij verliezen zelfredzaamheid en autonomie. Sociale contacten die men had opgebouwd vallen weg, men komt in een totaal nieuwe omgeving terecht, men moet rekening houden met regels die men zelf niet heeft gekozen. Er is niet altijd voldoende aandacht voor de nood aan menselijk contact en de mogelijkheid om tijd aan lichamelijke behoeftes te spenderen is beperkt (Van Assche, 2015).

Geenen (2009) waarschuwt voor het 'hospitalisatiesyndroom'. Een langdurig verblijf in ziekenhuizen, woonzorgcentra, revalidatiecentra zorgt voor een grote afhankelijkheid van anderen. Bijna automatisch leidt dit tot apathie, onderdanigheid, weinig initiatief, verminderde interesse in de toekomst, verwaarlozing van persoonlijke verzorging, enzovoort. Aan de oorzaak daarvan liggen isolatie van de buitenwereld, een strak dag-nachtritme, verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid, zelfvervreemding en het gebrek aan privéleven. Gezamenlijke ruimten, altijd iemand in de buurt, vaste spreekuren, dwingen mensen zich aan te passen en eigen behoeften voor een deel uit te bannen.

Persoonlijk getinte relaties tussen bewoners in woonzorgcentra worden als onjuist beschouwd, en gedrag dat niet in het normale patroon past is storend, kost te veel tijd of is lastig (Geenen, 2009; De Graaf e.a., 2004).

De meeste ouderen vinden het uiten van seksualiteit in een voorziening zeer moeilijk. Personeel heeft onvoldoende begrip of kennis van seksualiteit op latere leeftijd, en geen oog voor de behoeften van bewoners op dit vlak. Bewoners missen de kans om zich mooi te maken en aandacht te besteden aan hun uiterlijk. Ook het gebrek aan mogelijkheden om intieme relaties aan te gaan wordt door heel wat bewoners gemist (Bauer, Fetherstonhaugh e.a., 2013).

In veel voorzieningen zijn er beperkende regels en gewoontes met betrekking tot seksualiteit en worden seksuele relaties tussen bewoners nogal eens afgekeurd. Er wordt vaak te snel restrictief opgetreden (Van Assche, 2015).

De wens om je seksueel uit te drukken, intieme relaties aan te gaan of seksueel contact te hebben is in een woonzorgcentrum niet eenvoudig te realiseren. Enkele van de mogelijke belemmeringen zijn meervoudige handicaps, (verminderde) mentale gezondheid, dementie, beperkte mobiliteit, chronische pijnen, incontinentie, ... zijn zaken waar ouderen in ouderenvoorzieningen vaak mee geconfronteerd worden (Heath, 2011b).

Maar ook de infrastructuur is er niet altijd op voorzien om voldoende privacy en intimiteit te garanderen.

Meestal is er enkel een gemeenschappelijke living en kan men de slaapkamer niet sluiten. Eénpersoonsbedden die verstelbaar zijn in hoogte, zijn nodig om de handelingen voor het personeel te vergemakkelijken, maar bevorderen niet de intimiteit tussen twee personen (Heath, 2011b; De Graaf e.a., 2004). Meestal is er geen dubbel bed beschikbaar voor koppels met een lange relatie.

Vaak zijn er te weinig mogelijkheden zijn om zich in de kamer af te zonderen. Als dit wel kan, is er vaak geen mogelijkheid om de kamer te sluiten of een bordje 'niet storen' te hangen (Van Assche, 2015).

Personeel komt vaak onaangekondigd en onverwacht binnen in de slaapkamer van bewoners (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

Soms wordt er wel een privékamer ter beschikking gesteld, maar dan weet iedereen wat je in die kamer gaat doen (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

Het is gekend dat personeel ook informatie uitwisselt over bewoners. Personeel heeft vaak een ongelimiteerde toegang tot de persoonlijke ruimte van de bewoner en bewoners worden van heel dichtbij gemonitord (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013).

De omgeving en de attitude van personeel dragen bij tot het gebrek aan kansen/gelegenheid om seksueel actief te zijn (Elias & Ryan, 2011).

Hulpverleners gaan seksualiteit bij oudere bewoners nogal eens afkeuren (Van Assche, 2015). Personeel kan moeilijk omgaan met seksualiteit bij bewoners en is daar onvoldoende in getraind (Bauer, Fetherstonhaugh, e.a., 2013). Zij hebben te weinig kennis en zijn vaak veroordelend tegenover seksuele behoeften van bewoners. Ze zien niet altijd het belang in van persoonlijke verzorging en een verzorgd uiterlijk als deel van uiting van seksualiteit, terwijl zij daar juist een belangrijke rol in spelen.

Zoals eerder reeds aangegeven heersen er in onze maatschappij twee stereotype visies op seksualiteit bij ouderen. Mahieu e.a. (2011) omschrijven dit als ageïsm, discriminatie op basis van leeftijd. Verzorgend personeel heeft een goede band met de bewoners, wat het uiten van seksualiteit zou moeten vergemakkelijken. Maar het personeel beslist welke uitingen van seksualiteit getolereerd worden. Bewoners worden vaak 'geïnfantiliseerd' wat ervoor zorgt dat verzorgend personeel hen moeilijk kan zien als seksuele wezens. Dit wordt versterkt door deze stereotypen en mythes, waardoor seksuele interesse bij ouderen gezien wordt als een gedragsprobleem in plaats van als een menselijke basisbehoefte aan liefde en intimiteit.

De attitude van personeel in de ouderenzorg is eerder gebaseerd op stereotypes en vooroordelen, dan op ervaringen met zorgvragers (Taylor & Gosney, 2011). Bovendien spelen ook persoonlijke opvattingen mee, bijvoorbeeld het weerzinwekkend vinden dat ouderen seksuele contacten hebben, geloofsovertuigingen en morele overtuigingen. Ook beschaamdheid, gebrek aan kennis of gebrek aan ervaring met dit onderwerp kunnen dit beïnvloeden (Taylor & Gosney, 2011).

Het gevolg van deze negatieve houding van personeel is dat uitingen van seksuele intimiteit door bewoners meestal enkel in negatieve zin, voornamelijk als ongepast gedrag of probleemgedrag, worden gezien in plaats van als uitingen van de nood aan liefde en intimiteit. Bij hulpverleners en familie doet dit gevoelens van onwennigheid, schaamte, verontwaardiging en afkeer ontstaan (Hajjar & Kamel, 2004). Hulpverleners vinden het vooral moeilijk om expliciete seksuele gedragingen te begrijpen, te accepteren en te plaatsen in de hulpverleningscontext. Als het gaat over een knuffel of een kus op de wang, vindt men dit meer aanvaardbaar.

Daarna stelt de vormingsmedewerker de vraag aan de personeelsleden wat zij op de werkvloer op korte termijn kunnen veranderen, en wat er wel reeds gebeurt in het woonzorgcentrum dat een positieve invloed heeft op de seksualiteitsbeleving van de bewoners.

Dit gedeelte sluit de vormingsmedewerker af met het Vimeo-filmpje (SPnl, 2009) met als titel: "Voor een menselijke thuiszorg". Dit filmpje toont de kwetsbaarheid van de

oudere. Het gaat over een dame die vertelt dat ze steeds door andere verzorgenden gewassen wordt. Ze kan zich net zo goed voor heel Nederland uitkleden, zegt ze. Deze video toont het belang aan van respect voor de persoon, en toont hoe de intimiteit geschonden wordt door zorgafhankelijk te zijn.

### **7) Deel 7: ruimte voor reflectie**

Vooraleer een (middag)pauze in te lassen, vraagt de vormingsmedewerker naar de indrukken van de groep. Wat hebben we al gezien, waar heb je het moeilijk mee, wat zijn de noden op individueel vlak en op teamniveau?

Indien mogelijk kan de vormingsmedewerker de vragen meenemen in het gedeelte dat volgt na de pauze.

### **8) Deel 8: in gesprek gaan over seksualiteit en intimiteit met bewoners**

De vormingsmedewerker vraagt aan de deelnemers hoe zij in hun dagelijkse werk seksualiteit en intimiteit bespreekbaar zouden kunnen maken met bewoners.

Nadien kan hij onderstaande tips meegeven.

Hij kan duidelijk maken dat het niet gemakkelijk is om een thema als seksualiteit en intimiteit ter sprake te brengen.

Als personeelslid is het belangrijk om te tonen dat je vertrouwd bent met het thema, en empathisch, vriendelijk en begrijpend te zijn in je gespreksvoering (Heath, 2011a). Nog enkele tips die Heath (2011a) meegeeft zijn: vaktal vermijden, de juiste timing en plaats kiezen, opteren voor een open vraagstelling, niet veroordelen. Het is belangrijk ontvankelijk te zijn voor kleine hints in het gesprek die aantonen wat belangrijk is voor de bewoner.

Muller-Schoof en Mouthaan (2013) schrijven dat het belangrijk is om zelf over dit onderwerp te beginnen praten met bewoners, omdat dit thema toch heel bepalend is voor hun welbevinden. Bovendien schrijven Verstraeten (2006) en Heath (2011b) dat bewoners recht hebben op informatie en advies.

Het is belangrijk om vragen van bewoners te beantwoorden maar ook om het thema proactief ter sprake te brengen.

Bewoners zullen echter niet snel het initiatief nemen om erover te praten (Muller-Schoof & Mouthaan, 2013). Daarom kan je het ter sprake brengen aan de hand van een "bruggetje", bijvoorbeeld bij de intake, of aan de hand van een informatiebrochure, of met een goede reden (bijvoorbeeld het in vraag stellen van medicatie die een invloed kan hebben op de seksualiteit). Deze aanknopingspunten geven je toestemming, een reden, om dit onderwerp ter sprake te brengen.

Wellicht helpt het om een vertrouwensrelatie te hebben met de bewoner (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Heath (2011a) geeft als tip om dit thema vanuit een algemeen onderwerp aan te kaarten en verder uit te diepen naar meer diepgaande items. Bijvoorbeeld: starten vanuit de directe impact van een ziekte of van een behandeling op seksualiteit of

intieme relaties, of starten vanuit vragen over de context van de relatie: wie is belangrijk in jouw leven, wie staat er dicht bij je?

Indien de situatie besproken wordt met andere hulpverleners, moet men steeds rekening met de vertrouwelijkheid van informatie. Men moet toestemming krijgen van de patiënt (Heath, 2011a). Het is belangrijk om, in een gesprek met een bewoner, je beroepsgeheim te benadrukken. Als algemene regel kan men ervan uitgaan dat men geen gevoelige informatie mag meedelen zonder de toestemming van de wilsbekwame persoon (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Dit geldt ook wat betreft het doorgeven van informatie aan familieleden. Wanneer de bewoner wilsonbekwaam is, moet men volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) eerst de waarde van de informatie-uitwisseling nagaan.

In een gesprek met een bewoner is het belangrijk om steeds respect te hebben voor zijn/haar tempo. Het kan zijn dat men er op dat moment niet over wil praten, maar dat je later de gelegenheid kan zoeken om er nog eens over te beginnen (Heath, 2011a).

Het is belangrijk om in gesprek met de bewoner je eigen grenzen aan te geven: je kan niet alles zelf oplossen, en soms zal je moeten doorverwijzen naar iemand met meer kennis ter zake.

### **9) Deel 9: omgaan met specifieke situaties**

De vormingsmedewerker kadert onderstaande uitgangspunten. Daarna gaan we verder in op het analyseren van een aantal casussen aan de hand van een beslisboom.

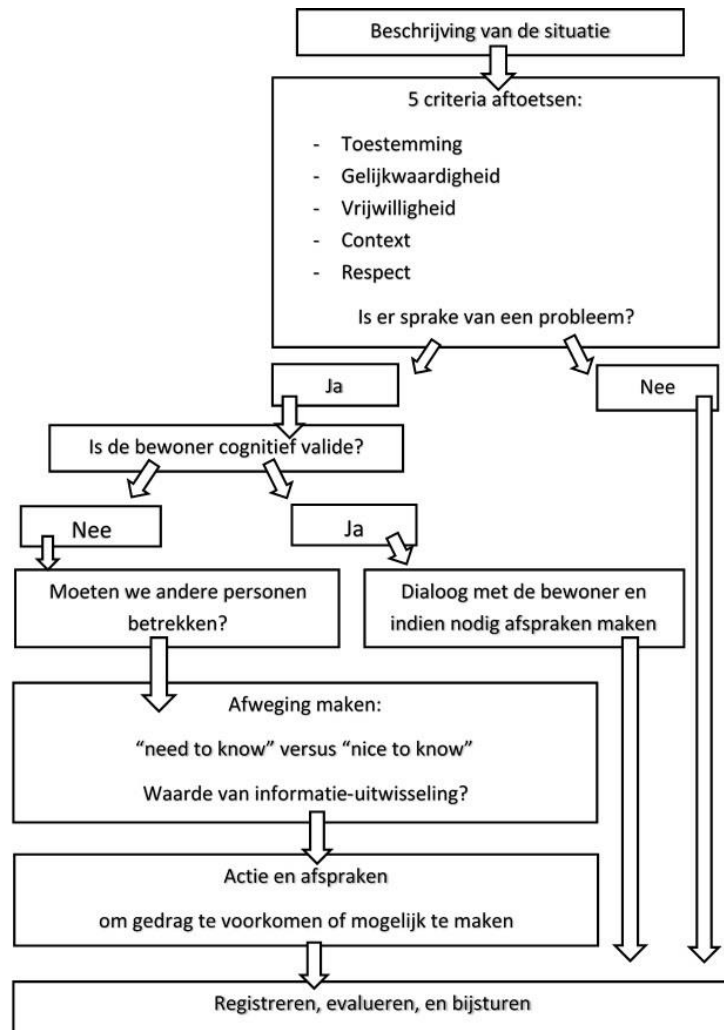
Een belangrijk uitgangspunt is volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) dat men handelt in functie van de kwaliteit van leven van de bewoner. Heath (2011a) stelt dat we er in het algemeen vanuit moeten gaan dat iemand in een voorziening leeft in 'zijn eigen huis', en dat dit principe, hoewel er juridische beperkingen kunnen zijn, zo goed mogelijk stand houdt in de meeste omstandigheden. Ouderen opgenomen in een voorziening hebben dezelfde rechten en vrijheden om hun leven te leiden zoals zij dit wensen. De algemene beperking hierop is dat dit geen omgekeerd effect mag hebben op de rechten van anderen (Heath, 2011a). Personeel moet streven naar de ondersteuning van mensenrechten, waardigheid, privacy en keuzes maken (Heath, 2011a). Volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) dient de hulpverlener een open, ontvankelijke en respectvolle houding aan te nemen. Op die manier kan men zich richten op de actuele belevingen van de oudere.

Een ander onderwerp dat kan aangehaald worden, is het volgende. In de dagelijkse zorg is het belangrijk om een evenwicht te behouden tussen de nood aan zorg en observatie, en het recht op privacy van de bewoner (Heath, 2011a). Kunnen bewoners ongestoord in hun kamer verblijven? Kunnen zij indien zij dit wensen hun kamer sluiten, en wordt dit gerespecteerd? Klopt en wacht het personeel op een antwoord voor ze de kamer binnenkomen?

### Hoe gaat men om met een concrete situatie?

We baseren ons voor figuur 4 (zie Addenda) op enerzijds het framework van Archibald (1994) (zie Bijlage 1) om na te gaan of er sprake is van een probleem. Anderzijds betrek ik ook het vlaggensysteem van Sensoa in dit model (Frans & Frank, 2014). Het originele vlaggensysteem omvat 6 criteria. Ik kies ervoor om er slechts 5 van te gebruiken en het criterium omtrent leeftijd te laten vallen, omdat seksualiteit bij ouderen sowieso leeftijdsadequaat is.

Daarnaast doen we ook beroep op de richtlijnen die Zorgnet Vlaanderen (2015) beschrijft in haar ethisch advies omtrent seksualiteit en intimiteit bij ouderen.



figuur 4: beslisboom "omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners"

In dit model gaan we allereerst na of er sprake is van een probleemsituatie. Indien er een probleem is, voor wie is dit dan een probleem? Voor de medewerker, of voor de bewoner?

Na een grondige beschrijving van de situatie (wie was er betrokken, waar gebeurde het, werd het gedrag door iets uitgelokt, ...), toetsen we de situatie aan 5 criteria.



Het is hierbij de bedoeling om de situatie uitgebreid te analyseren, te observeren en te beschrijven.

- Het eerste criterium dat we hanteren is dit van de *wederzijdse toestemming*: hebben beide partijen met volle bewustzijn ingestemd met de situatie?
- Het tweede criterium is *gelijkwaardigheid*: beide partners moeten gelijkwaardig aan elkaar zijn, op vlak van leeftijd, kennis, intelligentie, aanzien, macht, levenservaring, maturiteit of status.
- Onder het derde criterium, *vrijwilligheid*, verstaan we dat er geen sprake mag zijn van beloning, manipulatie, druk of dwang.
- Het vierde criterium is de *context* waarin het gedrag gesteld wordt. Gezond seksueel gedrag is aangepast aan de context.
- Tot slot toetsen we de situatie af aan het laatste criterium, namelijk *respect* voor de ander en zichzelf. Seksueel gedrag mag niet schadelijk zijn op fysiek, psychologisch of sociaal vlak.

Zorgnet Vlaanderen (2015) schrijft dat men het gedrag van de oudere moet interpreteren tegen de achtergrond van zijn levensverhaal.

Men moet zich de vraag stellen hoe de oudere het gedrag beleeft, waarom hij dit gedrag stelt, of het beïnvloed wordt door bijvoorbeeld dementie, of door contextuele factoren zoals gebrek aan privacy of de houding van hulpverleners.

Daarnaast moet men zich afvragen wat de gevolgen zijn voor de oudere zelf en de omgeving.

Zorgnet Vlaanderen (2015) raadt eveneens aan om steeds de waardigheid en de integriteit van de persoon te ondersteunen.

We moeten ons de vraag stellen of het gedrag bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de persoon.

Indien we besluiten dat er geen sprake is van een probleem, kunnen we de situatie registreren en indien nodig evalueren.

Indien we vinden dat er wel een probleemsituatie is ontstaan, gaan we eerst na of we de situatie met de bewoner zelf kunnen bespreken.

Als algemene regel kan men ervan uitgaan dat men geen gevoelige informatie mag meedelen zonder de toestemming van de wilsbekwame persoon (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Dit geldt ook in verband met het doorgeven van informatie naar familieleden.

Indien dit mogelijk is, bespreken we de situatie met de bewoner, ondernemen we actie indien nodig of maken we afspraken. Als de bewoner niet cognitief valide is, gaan we na of we andere personen moeten betrekken of informeren.

Wanneer de bewoner wilsonbekwaam is, moet men volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) eerst de waarde van de informatie-uitwisseling nagaan. We gaan hier bij dit schema uit van het principe 'need to know' of 'nice to know'.

Men moet zich daarbij een aantal vragen stellen: met welk doel wordt de informatie meegedeeld? Is de informatieontvanger voldoende betrokken bij de oudere? Kan men de informatie verwerken? Wie is de meest geschikte informatieverstrekker? Is de hoeveelheid informatie gepast? Is de informatie gegrond en betrouwbaar? Wat zijn de meest gunstige omstandigheden om informatie mee te delen? Hoe wordt verder omgegaan met de correct doorgegeven informatie? ... (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Nadat we dit overwogen hebben, kunnen de nodige acties ondernomen worden of afspraken gemaakt worden.

Opnieuw dient de situatie geregistreerd en geëvalueerd te worden.

Nadat de vormingsmedewerker het schema in figuur 4 (zie Addenda) heeft toegelicht, kan hij aan de groep enkele casussen voorleggen en deze samen met hen bespreken.

### ***10) Deel 10: Bespreking van enkele casussen***

**CASUS 1: twee bewoners die cognitief valide zijn, hebben een intieme en seksuele relatie.**

Hierbij gaan we eerst na of er één van de vijf criteria geschonden worden.

- Toestemming: beide bewoners geven toestemming.
- Gelijkwaardigheid: de bewoners zijn gelijkwaardig aan elkaar. Ze zijn allebei cognitief valide.
- Vrijwilligheid: vermits er sprake is van gelijkwaardigheid en toestemming, mogen we ervan uit gaan dat er ook sprake is van vrijwilligheid in deze situatie.
- Context: In de privacy van de eigen kamer binnen het woonzorgcentrum is seksualiteit acceptabel en passend. Het is belangrijk dat hier voldoende privacy voorzien wordt door het woonzorgcentrum.
- Respect: het respect voor zichzelf en de andere bewoner wordt hier niet geschonden.

Er worden geen criteria geschonden, en beide bewoners zijn cognitief valide. Men mag niet tussenbeide komen, maar moet de keuze van de bewoners respecteren.

Heath (2011a) schrijft dat als twee ouderen met normale mentale capaciteiten in een woonzorgcentrum een relatie met elkaar aangaan, en daarmee niet de rechten van een ander schaden, een hulpverlener daar in principe niets op tegen kan hebben.

Hulpverleners moeten volgens Heath (2011a) steeds uitgaan van de rechten van de mens.

**CASUS 2: Twee bewoners hebben een seksuele relatie. Beide bewoners zijn cognitief valide, maar één van beide heeft een thuiswonende partner, die van niets weet.**

Hierbij gaan we eerst na of één van de vijf criteria geschonden worden.

- Toestemming: beide bewoners geven toestemming.
- Gelijkwaardigheid: er is sprake van gelijkwaardigheid tussen beide bewoners.
- Vrijwilligheid: vermits de bewoners beide cognitief valide zijn, mogen we ervan uit gaan dat er sprake is van vrijwilligheid.
- Context: indien het gedrag plaatsvindt op de kamer van één van beide bewoners, past dit in de context van het woonzorgcentrum.
- Respect: het respect voor zichzelf en de andere bewoner wordt hier niet geschonden.

Heath (2011a) schrijft in dit verband dat de twee bewoners zelf beslissingen kunnen nemen, en duidelijk hun keuze uiten. Hierbij is het belangrijk dat personeel de vertrouwensband met de bewoners niet schaadt, en de relatie niet gaat doorvertellen aan de thuiswonende partner. Men kan wel de gevolgen van de relatie bespreken met de twee bewoners.

Als de thuiswonende partner op de hoogte is van de situatie en deze wil bespreken met het personeel, dient het personeel de partner door te verwijzen naar de bewoner.

**CASUS 3: twee bewoners, beide bewoners met dementie, hebben een intieme en seksuele relatie. Zij hebben beide geen partner meer.**

Hierbij gaan we eerst na of er één van de vijf criteria geschonden worden.

- Toestemming: beide partijen moeten met volle bewustzijn toestemmen in de seksuele activiteit. Gezien er sprake is van dementie, is het onduidelijk in welke mate men bewust instemt met het seksueel gedrag. Zorgnet Vlaanderen (2015) schrijft echter dat men zich ervan bewust moet zijn dat mensen met dementie ook een bepaalde graad van wilsbekwaamheid kunnen bezitten waardoor zij keuzes kunnen maken met betrekking tot seksualiteit en intimiteit.
- Gelijkwaardigheid: de bewoners hebben allebei dementie, het stadium waarin zij verkeren, kennen we echter niet. We weten niet of we hier van gelijkwaardigheid kunnen spreken. Indien de bewoners niet allebei vrij zijn van verstandelijke problemen, kan men best nagaan of er sprake is van machtsmisbruik.
- Vrijwilligheid: de cognitieve problemen doen vragen rijzen over de mate waarin men vrijwillig deelneemt aan seksueel gedrag.
- Context: stelt het seksueel gedrag zich binnen de eigen kamer in het woonzorgcentrum, dan is het passend. Zolang het gedrag geen schade toebrengt aan betrokkenen of het leefklimaat, zou men de keuzes van de bewoner moeten respecteren.

- Respect: het is moeilijk te achterhalen in welke mate men bewust heeft ingestemd met het seksueel gedrag. Daarom is het onduidelijk of deze activiteit mentale schade berokkent aan één van de bewoners.

Welke acties kan men ondernemen?

Dient men hier anderen in te betrekken, bijvoorbeeld de kinderen van de bewoners? Men dient goed de voor- en nadelen hiervan af te wegen, in het belang van de privacy van de bewoners.

Wanneer beide personen dementerend zijn, is het aangewezen de reacties van beide personen te observeren (Van Assche, 2015).

Als er vermoeden is van dwang of schade, moet men de dialoog aangaan met de betrokkenen om dit te achterhalen (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Als anderen of het leefklimaat aangetast worden, dient men actief tussenbeide te komen.

#### **CASUS 4: een bewoner stelt ongecontroleerd seksueel gedrag als gevolg van dementie in de leefruimte van een afdeling in een woonzorgcentrum.**

Hierbij gaan we eerst na of er één van de vijf criteria geschonden worden.

- Toestemming: we gaan ervan uit dat de leefomgeving niet instemt met het seksueel gedrag.
- Gelijkwaardigheid: het is moeilijk na te gaan of er gelijkwaardigheid is, wellicht zijn er veel verschillen tussen de aanwezigen in de leefruimte.
- Vrijwilligheid: vermits er sprake is van dementie, is het moeilijk om uit te maken of men volledig vrijwillig deze handelingen stelt. Bovendien heeft dit gedrag een ongecontroleerd karakter, dat niet als intentioneel gedrag beschouwd kan worden.
- Context: gezien het gedrag gesteld wordt in een publieke ruimte, is dit niet gepast.
- Respect: het respect voor zichzelf en de andere bewoners wordt hier geschonden.

Zorgnet Vlaanderen (2015) schrijft dat men zich de vraag moet stellen hoe de oudere het gedrag beleeft, waarom hij dit gedrag stelt, of het beïnvloed wordt door bijvoorbeeld dementie, of door contextuele factoren zoals gebrek aan privacy of de houding van hulpverleners. Daarnaast moet men zich afvragen wat de gevolgen zijn voor de oudere zelf en de omgeving. Zorgnet Vlaanderen (2015) raadt eveneens aan om steeds de waardigheid en de integriteit van de persoon te ondersteunen.

Bijvoorbeeld in het geval van ongecontroleerd seksueel gedrag als gevolg van dementie, kan men de oudere rustig en niet beschuldigend aanspreken, de aandacht van de oudere afleiden en de bewoner in een privacybeschermende omgeving plaatsen. Nadien kan men het gedrag interdisciplinair bespreken.

### **11) Tot slot: afronding**

Tot slot gaat de vormingsmedewerker na of de verwachtingen van de deelnemers zijn ingelost.

Indien er nog vragen zijn, kan hij deze indien mogelijk beantwoorden.

Als er nog noden en verwachtingen aan de oppervlakte komen, kan hij deze met toestemming van de deelnemers terugkoppelen naar de directie, die hier in de toekomst misschien nog mee aan de slag kan gaan.

#### 5.2.7. Conclusie

Door de kennis van seksualiteit bij ouderen te verruimen zal het begrip en de tolerantie verhogen.

Doorheen de vorming wordt er gewerkt aan attitudes en bespreekbaar maken van het onderwerp.

Daarnaast heeft het personeel aan de hand van het gebruikte model (figuur 4) een concreet houvast om op terug te vallen bij het bespreken van een specifieke casus.

Dit model en deze vorming in het algemeen moeten worden getest in de praktijk. Wellicht moet dit nog worden bijgewerkt.

Toch hopen we dat dit ontwerp in de praktijk zal gebruikt worden om personeel bij te brengen hoe ze kunnen omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

## 6. Besluit

Vanuit de literatuurstudie kunnen we besluiten dat er duidelijke argumenten zijn voor woonzorgcentra om werk te maken van een beleid rond seksualiteit en intimiteit bij bewoners. Woonzorgcentra moeten bewoners de nodige privacy kunnen garanderen, en een duidelijke visie formuleren hoe zij tegenover seksualiteit en intimiteit staan.

Er is nood aan vorming en training van personeel met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij bewoners. Opleiding zou bovendien de attitude van het personeel positief beïnvloeden. De kennis omtrent het thema zou moeten verhoogd worden, en dan specifiek de kennis over en het inzicht in de noden van bewoners. Personeel is vaak onzeker over hoe ze moeten omgaan met dit thema, en hoe ze gepast kunnen reageren op de confrontatie met seksualiteit bij een bewoner.

De bevindingen van de interviews komen grotendeels overeen met deze van de literatuurstudie.

Het is duidelijk dat de meerderheid van de geïnterviewden vindt dat ouderen recht hebben op seksualiteits- en intimiteitsbeleving. Maar de meesten van hen denken dat er bij het wonen in een woonzorgcentrum andere zaken prioriteit krijgen. De zorgbehoevendheid van ouderen en de toenemende groep bewoners met dementieproblematiek beperkt volgens hen de mogelijkheden en de interesse in seksualiteit. Er wordt ook aangegeven dat de groep bewoners in woonzorgcentra deel uitmaken van een 'stille generatie', waarbij nog een zeker taboe bestaat over het praten over seksualiteit. De mogelijkheden tot privacy zijn beperkt.

Met de nodige voorzichtigheid kunnen we eveneens concluderen dat de interviews uitwijzen dat er nood is aan vorming en opleiding omtrent dit thema. Men handelt vaak vanuit het buikgevoel omdat er geen afspraken of richtlijnen zijn.

Op basis van de literatuurstudie en de bevindingen van de interviews, werd een vorming ontwikkeld voor personeel van woonzorgcentra. Deze vorming heeft tot doel de kennis over seksualiteit bij ouderen te verruimen, en daardoor ook het begrip en de tolerantie te verhogen. Doorheen de vorming wordt er gewerkt rond attitudes en het bespreekbaar maken van het onderwerp.

Wellicht zal deze vorming nog moeten worden getest in de praktijk. Toch hopen we dat dit ontwerp zal gebruikt worden om personeel bij te brengen hoe ze kunnen omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

## 7. Discussie

Oorspronkelijk was het de bedoeling om gebruik te maken van de conclusies van het pilootonderzoek van Van Velthoven, Messelis en Van Houdenhove (2016), omdat op het ogenblik dat ik de interviewleidraad opstelde, de resultaten van het onderzoek van Van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016) nog niet gepubliceerd waren. Ik kies er echter voor om de bevindingen van de interviews te vergelijken met de conclusies uit het onderzoek van Houdenhove, Messelis en Van Velthoven (2016) (nu wel gepubliceerd), omdat dit onderzoek op grotere schaal werd uitgevoerd en een betrouwbaarder beeld geeft dan het pilootonderzoek.

De resultaten van dit kwalitatief onderzoek kunnen niet veralgemeend worden naar alle woonzorgcentra. Het is een beperkte groep personeelsleden uit slechts twee woonzorgcentra, en enkel uit de verpleegkundige en verzorgende discipline.

De resultaten zijn niet representatief voor alle woonzorgcentra, en daarom moeilijk te vergelijken met de bevindingen van het onderzoek van Van Houdenhove e.a. (2016).

Een mogelijk nadeel van het afnemen van mondelinge interviews, is dat men soms geneigd is om sociaal wenselijk te antwoorden. Je hebt bovendien het risico dat je de respondent stuurt in een bepaalde richting (Baarda, 2009).

Een andere beperking is dat het beleid van WZC en de doelgroep (de bewoners zelf) niet werden bevroegd. Deze keuze werd gemaakt omwille van de beperkte tijd die er was. Het standpunt van leidinggevenden en bewoners kan zeer verrijkend zijn en een vollediger beeld scheppen.

Er werd enkel gewerkt met interviews. Het zou een meerwaarde kunnen zijn om onderzoek te doen naar hoe woonzorgcentra reeds omgaan met dit thema in hun visie- en beleidsteksten.

Toch hoop ik met het kwalitatief onderzoek wat toelichting te kunnen geven over hoe deze groep personeelsleden omgaat met seksualiteit en intimiteit bij hun bewoners, en hoe zij daar tegenover staan.

Wanneer men het heeft over seksualiteit bij ouderen in woonzorgcentra, wordt vaak gedacht aan grensoverschrijdend gedrag. Dit gevoel had ik bij de interviews. Men heeft het automatisch over grenzen wanneer men praat over seksualiteit en intimiteit. Ik denk dat dit onderwerp automatisch aan bod zal komen in een vorming over seksualiteit bij ouderen, en dat personeel hieromtrent tips zal willen. Het is daarom belangrijk om ook hieraan voldoende aandacht te besteden. Men dient echter ook duidelijk te maken dat seksualiteit bij ouderen ruimer is dan dit ongepast 'probleem'gedrag. Dit vooroordeel heerst nog sterk, en vereist opleiding en kennis over de seksualiteitsbeleving van ouderen.

Daarnaast moet men bij het organiseren van vorming en training over dit thema erover waken dat men ouderen niet gaat over-seksualiseren, maar dat men de oudere wel de kans geeft om uiting te geven aan zijn seksualiteit. Hiervoor is het belangrijk te luisteren naar de oudere zelf, de oudere zelf te bevragen. Daarvoor is de

randvoorwaarde dat ouderen zich veilig voelen in hun omgeving en het gevoel hebben dat ze inspraak mogen hebben en dat er naar hen geluisterd wordt. Hierbij is de attitude van personeel bepalend.

De ontwikkelde vorming zal nog moeten worden getest in de praktijk. Ik hoop dat dit ontwerp zal gebruikt worden om personeel bij te brengen hoe ze kunnen omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.



## Bijlagen

Overzicht:

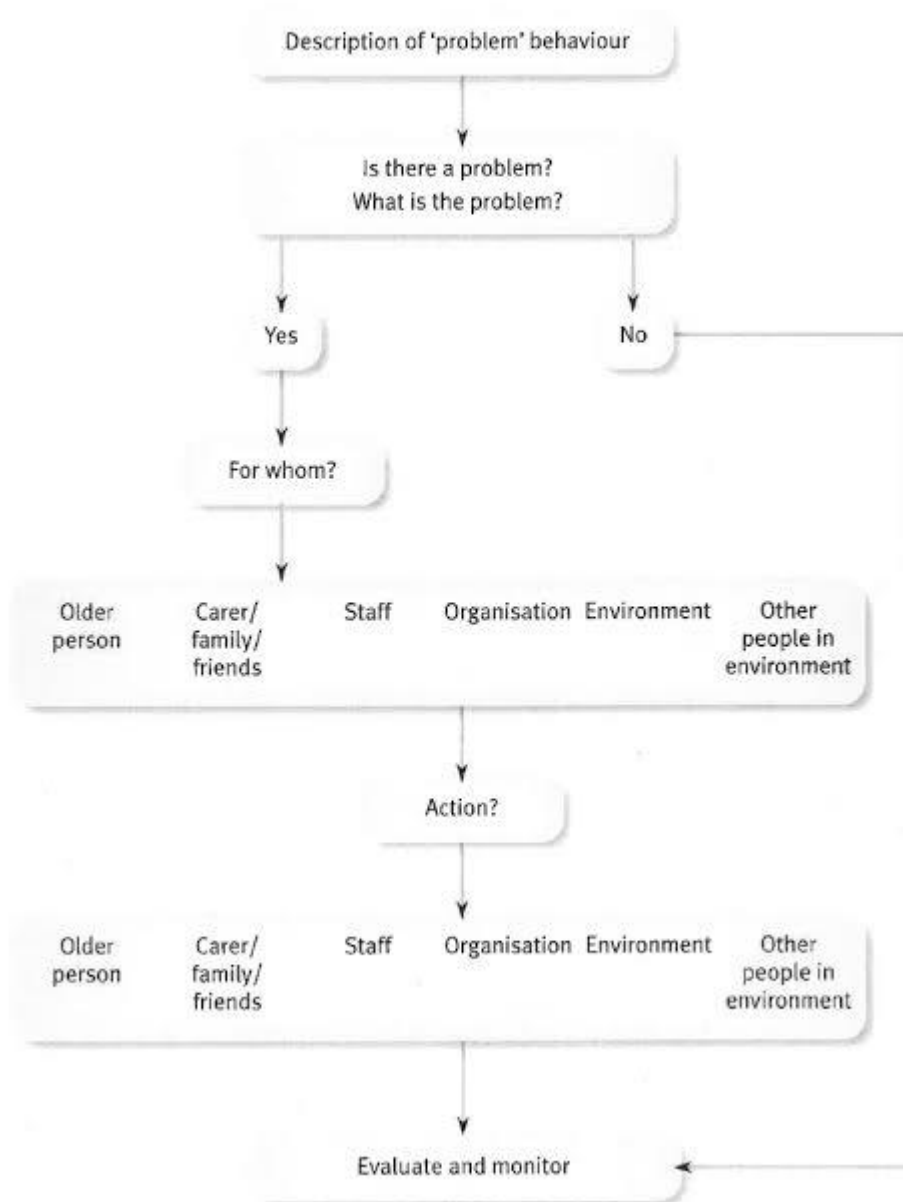
Bijlage 1: Seks: is it a problem? Framework van Archibald (1994)

Bijlage 2: interviewleidraad

Bijlage 3: informed consent

Bijlage 4: introductiebrief

**Bijlage 1: Seks: is it a problem? (Archibald, 1994)**



Bron: Archibald (1994) in Heath (2011a, p.10).

## Bijlage 2: interviewleidraad

<u>Topic</u>	<u>Checklist</u>	<u>Voorbeeldvragen</u>
Kennismaking personeelslid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identiteit</li> <li>- Leeftijd</li> <li>- Functie</li> <li>- Opleiding</li> </ul>	<p>Vertel eens welk werk je doet in het woonzorgcentrum, wat zijn je taken?</p> <p>Hoe lang werk je hier al?</p> <p>Wat is je opleiding?</p>
Het begrip seksualiteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrip definiëren</li> <li>- seksualiteit / intimiteit</li> <li>- hoort bij het leven, ook bij ouderen</li> </ul>	<p>Waarom denk je bij de termen 'seksualiteit en ouderen'?</p> <p>Wat roept intimiteit bij ouderen bij je op?</p>
Noden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nood aan privacy</li> <li>- Nood aan informatie</li> <li>- Nood aan bespreekbaarheid, begrip, luisterend oor</li> <li>- Praktische noden</li> <li>- Homoseksualiteit bij ouderen?</li> </ul>	<p>Denk je dat intimiteit en seksualiteit thema's zijn die ouderen bezighouden? Waarom wel/niet?</p> <p>Kan je me vertellen welke noden ouderen hebben op vlak van intimiteit en seksualiteit?</p> <p>Wat heb je op dit vlak al ondervonden in je werkcontext?</p> <p>Wordt de behoefte aan seksualiteit, privacy of intimiteit bevraagd in de anamnese van de bewoner?</p>
Privacy van ouderen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysieke privacy?</li> <li>- Relaxatieruimte, aparte snoezelruimte?</li> <li>- Bordje niet storen?</li> </ul>	<p>Welke maatregelen worden er genomen om de privacy van de bewoners te waarborgen?</p>
Manier van omgaan van WZC met seksualiteit en intimiteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schriftelijke afspraken</li> <li>- Stilzwijgende afspraken</li> <li>- Maatregelen</li> <li>- Afremmen van seksualiteit?</li> <li>- Aan bod in teamoverleg?</li> <li>- Mogelijkheden, voorzieningen, bespreekbaarheid?</li> <li>- Sekswerker? Aparte ruimtes?</li> </ul>	<p>Zijn er in het WZC afspraken gemaakt met jullie als personeel over omgaan met seksualiteit bij bewoners?</p> <p>Worden situaties besproken in teamoverleg, staat er iets in het kwaliteitshandboek, ...?</p> <p>Welke mogelijkheden zijn er voor bewoners om hun seksualiteit te uiten?</p>
Beleid rond seksualiteit en intimiteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visie</li> <li>- Wat kan dit betekenen?</li> <li>- Seks- en</li> </ul>	<p>Welke rol kan het beleid/de directie van het woonzorgcentrum hebben m.b.t. de seksualiteitsbeleving van de bewoners?</p>

	intimiteitsbeleid?	
Manier van omgaan van personeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol van de hulpverlener</li> <li>- Wat kan je zelf doen?</li> </ul>	<p>Welke rol zie je voor jezelf?</p> <p>Voel je je in staat deze rol te vervullen? Indien niet: wat heb je nodig om dit (beter) te kunnen doen?</p> <p>Zijn er dingen die je doet of zou kunnen doen om bewoners hun seksualiteit te laten beleven zoals ze dat zouden willen? Wat is er hier voor nodig?</p>
Eigen attitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontatie met seksualiteit / situaties bevragen</li> <li>- Hoe omgaan met zo'n situatie</li> <li>- Stereotypen / vooroordelen die meespelen</li> <li>- Speelt culturele / godsdienstige achtergrond mee?</li> <li>- Bespreekbaarheid met bewoners?</li> </ul>	<p>Kan je mij een voorbeeld geven van een situatie waarin jij persoonlijk met seksualiteit van bewoners werd geconfronteerd?</p> <p>Heb je al eens meegemaakt dat je een kamer binnenkomt waarbij er iemand naakt op bed lag?</p> <p>Heb je al eens meegemaakt dat je een bewoner aantroef die aan het masturberen was?</p> <p>Ben je al eens geconfronteerd met een koppel dat aan het vrijen was?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe reageerde jij dan?</li> <li>- Wat zorgde ervoor dat jij zo reageerde?</li> <li>- Hoe reageerde de bewoner op jouw reactie?</li> <li>- Wat denk je dat je reactie bij die persoon teweegbracht?</li> <li>- Wat vond je er zelf nadien van?</li> <li>- Zou je anders reageren als dit een man of een vrouw was?</li> <li>- Zou je anders reageren als deze persoon dementie had?</li> <li>- Besprak je dit achteraf met de bewoner in kwestie?</li> <li>- Besprak je dit achteraf met collega's?</li> </ul> <p>Indien niet: hypothetisch: Hoe zou jij reageren als je een kamer binnenkomt en er ligt iemand naakt op bed?</p> <p>Hoe zou je reageren als die persoon aan het masturberen is?</p> <p>Hoe zou je reageren als een koppel aan het vrijen is?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe reageer jij dan?</li> <li>- Wat zorgt ervoor dat jij zo reageert?</li> <li>- Wat denk je dat je reactie bij die persoon teweegbrengt?</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zou je anders reageren als dit een man of vrouw is?</li> <li>- Zou je anders reageren als deze persoon dementie heeft?</li> <li>- Bespreek je dit achteraf met de bewoner in kwestie?</li> <li>- Bespreek je dit achteraf met collega's?</li> </ul> <p>Krijg je soms vragen over seksualiteit? Welke zijn dit dan? Hoe ga je daar mee om? (negeren, op in gaan, doorverwijzen, ...). Hoe voel je je daar bij?</p> <p>Hoe reageer je bv. op de vraag van een koppel dat meer tijd samen wil doorbrengen?</p>
Bespreekbaarheid met collega's	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bespreekbaarheid in team of met collega's onderling</li> <li>- Groepsdruk?</li> <li>- Schaamte?</li> <li>- Lacherig omgaan met of respectvol en ernstig?</li> </ul> <p>Hoe zou dat komen?</p>	<p>Kan je me vertellen of het onderwerp bespreekbaar is met collega's?</p> <p>Is dit dan vooral bespreekbaar op teamoverleg of eerder in de wandelgangen?</p> <p>Hoe wordt er dan gereageerd? Hoe zou dat komen?</p> <p>Heb je het gevoel dat je met vragen of situaties rond seksualiteit gehoord wordt door de verantwoordelijke van je dienst of door de directie?</p>
Bespreekbaarheid met familie van bewoners	-	<p>Heb je het gevoel dat je dit thema kan/mag bespreken met familie van bewoners?</p>
Nood aan vorming / opleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aan bod gekomen in opleiding?</li> <li>- Vorming gehad hierover?</li> <li>- Nood aan vorming?</li> <li>- Inhoud van vorming?</li> </ul>	<p>In hoeverre maakte dit onderwerp deel uit van je opleiding?</p> <p>Heb je al vorming gekregen over seksualiteit en intimiteit bij ouders?</p> <p>Ondervind je dat er nood is aan meer opleiding of vorming rond dit thema?</p> <p>Wat moet zo'n vorming zeker inhouden? Wat moet zeker aan bod komen?</p> <p>Hoe wordt dit volgens jou het beste aangepakt?</p>

## Bijlage 3: informed consent



### BANABA PSYCHOSOCIALE GERONTOLOGIE

#### WERKVELDPROJECT

#### Informed Consent

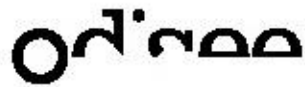
Ik ondergetekende, ....., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek van Nele Six, in het kader van haar werkveldproject 'omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners in woonzorgcentra' opgezet ingevolge de opleiding Psychosociale Gerontologie bij Odisee:

- (1) de nodige informatie heb gekregen. Uitleg werd gegeven over de aard van de vragen en de opzet van het onderzoek. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.
- (2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.
- (3) de toestemming geef aan Nele Six om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.
- (4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.
- (5) op de hoogte ben van het feit dat er een audio-opname wordt gemaakt die volledig anoniem zal worden verwerkt
- (6) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening van participant: .....

## Bijlage 4: introductiebrief



Beste,

Graag wil ik u door middel van deze brief uitnodigen voor deelname aan mijn onderzoek over seksualiteit bij bewoners van woonzorgcentra.

Allereerst kort iets over mijzelf. Mijn naam is Nele Six. Ik werk sinds 2006 als coördinator-animator in een woonzorgcentrum. Daarnaast ben ik student bij de opleiding Psychosociale Gerontologie aan Odisee, campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, te Schaarbeek.

In het kader van mijn werkveldproject voor deze opleiding voer ik een kwalitatief onderzoek uit met als onderwerp hoe personeel van woonzorgcentra omgaat met seksualiteit en intimiteit bij bewoners.

Dit onderzoek houdt in dat ik een literatuurstudie uitvoer en een 10-tal diepte-interviews afneem bij personeelsleden die in nauw contact staan met bewoners.

De interviews zullen plaatsvinden in de maanden februari - maart in het woonzorgcentrum waar u werkt. Het interview zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Ik maak een audio-opname van het interview, die enkel door mij zal worden beluisterd in functie van de anonieme verwerking van de gegevens. Nadien wordt de audio-opname gewist.

Indien u nog vragen hebt mag u contact opnemen met mij ([nelesix@gmail.com](mailto:nelesix@gmail.com), tel: 0485/50.92.91) of met mevr. Tanja Nuelant, studiegebieddirecteur voor de opleidingen Gezinswetenschappen en Psychosociale gerontologie ([info.hiq@odisee.be](mailto:info.hiq@odisee.be), tel: 02/240 68 40).

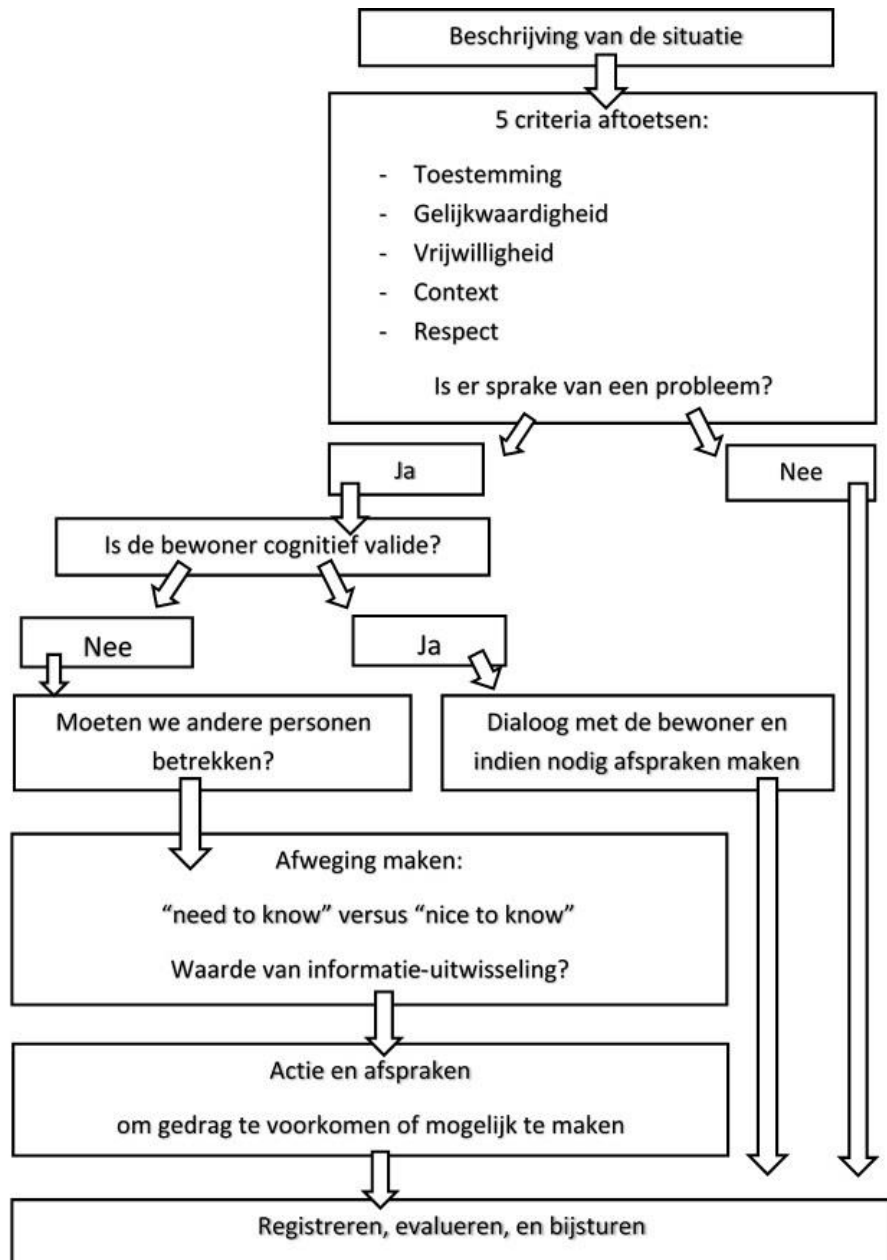
Alvast bedankt voor uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Nele Six  
Student banaba psychosociale gerontologie

Addenda:

Figuur 4: beslisboom "omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners"



figuur 4: beslisboom "omgaan met seksualiteit en intimiteit bij bewoners"



## Bibliografie

- Annon, J.S. (1974). *The Behavioral Treatment of Sexual Problems*. Honolulu, Hawaii: Kapiolani Health Services.
- Archibald, C. (1994). Sex: is it a problem? *Journal of Dementia Care*, 2 (4), 16-18.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*, 4, 296-309.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39, 82-91.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Cinemadelicatessen. (2013, 15 november). *69: liefde seks senior – trailer*. [YouTube]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=TMQsjdrgcAY>
- De Graaf, H., Neeleman, A., Vennix, P., & van Son-Schoonens, N. (2004). De seksuele levensloop. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijenborg (Red.), *Seksuologie* (pp. 167-190). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Elaut, E., Caen, M., Dewaele, A., & Van Houdenhove, E. (2013). Seksuele gezondheid in Vlaanderen. In A. Buysse, M. Caen, A. Dewaele, P. Enzlin, J. Lievens, G. T'Sjoen, M. Van Houtte & H. Vermeersch (Red.), *Sexpert. Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp.41-118). Gent: Academia Press.
- Elias, J. & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1668-1676.
- Eulderlinck, F., Heeren, T.J., Knook, D.L., & Ligthart, G.J. (2008). *Inleiding gerontologie en geriatrie* (vierde druk, derde oplage). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Everaerd, W. (1993). Seksuele opwinding. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 48, 99-109.
- Eyeworks Film. (2015, 19 oktober). *Officiële Trailer Achter De Wolken*. [YouTube]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=h5rQ6HUSJ8Y>
- Frans, E. & Franck, T. (2014) *Vlaggensysteem. Reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren*. Ontwikkeld door Sensoa in samenwerking met Movisie (kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Geenen, K. (2009). Empowerment is meer dan een basishouding. In K. Geenen (Red.), *Mag ik ook wat zeggen? Empoweren van ouderen in een woon- en zorgcentrum* (pp.34-34). Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gott, M. (2006). Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing*, 35, 106-107.
- Hajjar, R., & Kamel, H. (2004). Sexuality in the Nursing Home, Part 1: Attitudes and Barriers to Sexual Expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, (2) S43-S47.
- Heath, H. (2011a). *Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. An RCN discussion and guidance document for the nursing workforce*. London: Royal Collage of Nursing.
- Heath, H. (2011b). Older people in care homes: Sexuality and intimate relationships. Hazel Heath discusses the challenges that nurses face in supporting residents to express their sexual needs. *Nursing Older People*, 23 (6), 14-20.
- Honigmann, H. (Regisseur). (1996). *O amor natural* [Film]. Nederland: Cinema Delicatessen, IDFA, Vrij Nederland. Verdeling: De Filmfreak Distributie Amsterdam.
- Howitt, D. (2011). Qualitative interviewing. In G. Van Hove & L. Claes (Red.), *Qualitative Research and Educational Sciences: A Reader about Useful Strategies and Tools* (pp.77-108). Harlow: Pearson.
- Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2014). Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with

sexuality in dementia care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 377-387.  
doi: 10.1007/s11019-014-9545-1

Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1140-1154.

Messelis, E. (2014). De Vlaamse seks- en intimiteitskoffer. Hogere leergangen voor Fiscale en Sociale Wetenschappen – HUB (Associatie KULeuven), afdeling Seniorenconsulentenvorming. In: S.n. (2014). *Abstractboek 37e winter-meeting 2014*. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie.

Messelis, E., Van Houdenhove, E., & Van Velthoven, J. (2015). *The sex suitcase: break the taboo! A psycho-educational tool to discuss sex and intimacy in old age*. Abstract AGHE's 42nd Annual Meeting and Educational Leadership Conference, March 3-6, 2016, The Westin Long Beach, Long Beach, Californië. AGHE: Association for Gerontology in Higher Education.

Mroczek, B., Kurpas, D., Gronowska, M., Kotwas, A., & Karakiewicz, B. (2013). Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 32-38.

Muller-Schoof, I., & Moutaen, I. (2013). *Scholingsmap intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg*. Utrecht: Rutgers WPF en NZCO. Gedownload van <http://www.seksindepraktijk.nl/sites/seksindepraktijk/files/PDF/Scholingsmap%20intimiteit%20en%20seksualiteitf%20DEF.pdf>

Roach, S.M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 371-379.

Rutgers. (2014, 15 mei). *Animatiefilmje Seksindepraktijk*. [YouTube]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=1Tp9iSCQHGE>

Schepers, M. (2015, december 3). *Studiedag Seksualiteit en ouderen, tijd om taboes te doorbreken*. [niet gepubliceerde cursus]. Oosterzele: Innofix bvba en Aditi vzw.

SPnl. (2009, 29 juli). *Voor een menselijke thuiszorg* [Vimeo]. Geraadpleegd van <https://vimeo.com/108112316>

sTimul: zorg-ethisch lab vzw. (z.d.). *Programmabrochure sTimul: zorg-ethisch lab vzw*. Gedownload op 22 maart 2016,

[http://www.stimul.be/fileadmin/pdfDocuments/Vormingsaanbod/Programma\\_brochure\\_sTimul\\_zorgethisch\\_lab\\_2014.pdf](http://www.stimul.be/fileadmin/pdfDocuments/Vormingsaanbod/Programma_brochure_sTimul_zorgethisch_lab_2014.pdf)

- Swinnen, A. (2011). Seksualiteit van ouderen: Een stand van zaken. In A. Swinnen (Red.). *Seksualiteit van ouderen: een multidisciplinaire benadering* (pp.11-30). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40, 538-543.
- Tielemans, J. (2001). *Psychodidactiek*. (6<sup>e</sup> druk). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- University College Leuven-Limburg. (z.d.). *Active Ageing*. Geraadpleegd op 22 maart 2016, van <https://www.ucll.be/onderzoek/algemeen-info/expertisecellen/active-ageing>
- Van Assche, L. (2015). *Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit in de tweede levenshelft*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Van de Ven, L. (2014). *Troost. Over ouderdom, zorg en psychologie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Van Houdenhove, E., Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2016). *Seksualiteit in het woonzorgcentrum. Taboe nog lang niet doorbroken*. Geraadpleegd van <http://sociaal.net/analyse-xl/seksualiteit-in-het-woonzorgcentrum/>
- Van Lankveld, J. (2011). Seksualiteit van ouderen: Enkele casussen en de implicaties voor de kennis – en attitudevorming bij hulpverleners. In: A. Swinnen (Red.), *Seksualiteit van ouderen: een multidisciplinaire benadering* (pp. 33-52). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Velthoven, J., Messelis, E., & Van Houdenhove, E. (2016). Seks in het woonzorgcentrum: geen evident verhaal. *Geron*, 18 (1), 49-51.
- Vanden Bussche, A. (2015, oktober 19). *Lezing: PREZO Woonzorg: integrale kwaliteit op maat van de gebruiker!* [niet gepubliceerde cursus]. Gent: Prezo Woonzorg.
- Vandeurzen, J. (2015, 30 januari). *Beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag*. [Omzendbrief]. Geraadpleegd van <http://www.vlaamse-ouderenraad.be/beleid/welzijn/Omzendbrief%20SGOG.PDF>
- Verstraeten, D. (2006). Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit. In A. Marcoen, R. Gromme & N. Van Ranst (Red.), *Als de schaduwen langer worden:*

*psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn* (pp.233-246). Leuven: Lannoo Campus.

White, I., & Heath, H. (2005). Sexuality, intimacy and sexual health. In H. Heath, R. Watson (Eds.), *Older People: Assessment for Health and Social Care*. London: Age Concern.

World Association for sexual health (2014). *Declaration of sexual rights*. (revised declaration). WAS Advisory Council.

World Health Organization (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

Zorgnet Vlaanderen (2015). *Ethische Adviezen. Advies 18. Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen*. Gedownload op 22 maart 2016 van <http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Ethisch%20advies%2018%20v3.pdf>

