



Bachelorproef

Hoe lever je kwaliteitsvolle zorg bij personen met dementie die seksueel overschrijdend gedrag vertonen?

Bachelor in verpleegkunde
Afstudeerrichting: major geriatrie

Michielsen Wendy
Van Leuven Sandra
Frans Peggy
Frans Heidi

Academiejaar 2014-2015

Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout

VOORWOORD

De bachelorproef, seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie, hebben we gecreëerd voor het behalen van het diploma "bachelor in de verpleegkunde".

Om dit werk te kunnen verwezenlijken hebben we beroep gedaan op enkele personen, waarvoor dank.

In de eerste plaats willen we elkaar bijzonder bedanken voor de uitstekende samenwerking binnen onze groep. We hebben ook steun en hulp gekregen van vele personen rondom ons. Daarom willen we onze dank specifiek uitbrengen aan de volgende personen.

Onze promotor mevr. Martens D. ons heeft bijgestaan in het begeleiden van het hele proces. Ze heeft ons feedback gegeven om de bachelorproef tot een goed einde te brengen.

Dr. D. H. die ons geholpen heeft met informatie én zijn wetenschappelijke artikels over het onderwerp.

Expertisecentrum Dementie die informatie heeft gegeven over het onderwerp én die onze bachelorproef heeft nagelezen.

Dr. De Wit die informatie heeft gegeven én de tijd heeft genomen om onze bachelorproef te lezen.

We willen de directie en hoofdverpleegkundigen van 2 woon-en zorgcentra, revalidatiediensten, bedanken die ons de mogelijkheid hebben gegeven om deze opleiding te kunnen volgen.

Mevr D'Hondt H., mevr De Bens R., mevr. Konings R. bedanken voor de kritische feedback.

SAMENVATTING

Bij de vraagstelling 'Hoe omgaan met seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie?' is het belangrijk om als professionele zorgverlener verschillende aspecten te bekijken.

Het is vaak zeer moeilijk voor de zorgverleners en familie om met het seksueel overschrijdend gedrag van een persoon met dementie om te gaan. Dit heeft te maken met de vele aspecten die erbij betrokken zijn, zowel het individu met zijn autonomie als de gemeenschap waarin hij verblijft. De zorgverlener heeft het gevoel om als beschermer van de zorgvrager op te treden en daarbij wordt vaak de wil van de persoon die lijdt aan dementie omzeild. Het verlies van privacy dat met een opname gepaard gaat én de maatschappelijke visie op ouderen en seksualiteit, vormen een zware ballast in de beoordeling van dergelijk gedrag. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener is dubbel: een omgeving creëren waarin de persoon als individu met een eigen persoonlijkheid aan bod komt en het respecteren van de emotionele, fysieke en seksuele veiligheid van de zorgvrager en zorgverlener. Toch wordt op heden bij personen met dementie vaak de wil van het individu en hun beleving met betrekking op intimiteit en seksualiteit genegeerd. Hoewel autonomie een belangrijk aspect in de zorg is, blijkt toch dat bij de progressieve achteruitgang van de cognitieve functies, die kenmerkend zijn bij dementie, de autonomie van de persoon mee verdwijnt. In de praktijk blijkt dat er nog veel onduidelijkheden over seksueel overschrijdend gedrag heersen. Wat is nu dit seksueel overschrijdend gedrag? Wanneer is het gedrag overschrijdend? Voor wie is het overschrijdend? Belangrijk is dat iedereen die instaat voor het zorgproces dit begrip hetzelfde definieert.

Omtrent de diagnosestelling zijn er nog veel onduidelijkheden. Op welke manier kan men het probleem op een realistische betrouwbare manier vaststellen, zijn er hiervoor wetenschappelijk onderzochte hulpmiddelen? Enkele meetschalen worden vergeleken op basis van beschikbaarheid, effectiviteit en bruikbaarheid. Het blijft echter noodzakelijk om bijkomende informatie te verschaffen, een meetschaal is een hulpmiddel en mag niet als ultieme diagnosestelling dienen.

Seksueel overschrijdend gedrag dient bespreekbaar te worden gemaakt. Niet praten vergroot het probleem, biedt voor niemand een oplossing en de zorgkwaliteit neemt af. Ieder heeft zijn connotatie die invloed kan hebben op hoe het seksueel overschrijdend gedrag wordt ervaren. Indien men geconfronteerd wordt met seksueel overschrijdend gedrag kan men best met een ik-boodschap reageren. Non-verbale signalen versterken deze boodschap. Als professionele zorgverlener is het belangrijk om niet te oordelen op het individu maar op zijn ongepaste gedrag. Het is belangrijk dat men als team open en duidelijk kan communiceren, steun en begrip kan geven aan elkaar. Een goede communicatie is erg belangrijk. Wat zijn de vereisten van een goede communicatie? Met wie moet men communiceren? Families zitten soms met veel frustraties. Goede voorlichting en een luisterend oor kan bezorgdheid van de familie verlichten en schept tevens een vertrouwensband.

De evaluatie en het beheer van seksueel overschrijdend gedrag biedt veel uitdagingen. Hoewel er geen vastgestelde behandelingen bestaan, biedt literatuur een zwak bewijs voor diverse niet-medicamenteuze en farmacologische behandelingen. Belangrijk is dat de behandeling gebeurt op maat van het individu en te starten met een niet-medicamenteuze interventie. De voorgestelde medicamenteuze behandelingen hebben een beperkte werkzaamheid of potentieel ernstige bijwerkingen. Deze medicamenteuze interventies zijn steeds in samenspraak met de arts.

De niet-medicamenteuze interventies gaan we via een bijscholing aan zorgverleners toelichten. Belangrijk hierbij is dat iedere zorgverlener op dezelfde manier reageert wanneer het seksueel overschrijdend gedrag zich voordoet. Concrete afspraken maken die voor iedereen duidelijk zijn en streven naar uniformiteit in de zorgverlening. Dit kan alleen mits goede communicatie, afspraken én een op maat afgestemde zorgplanning voor de persoon met dementie die seksueel overschrijdend gedrag vertoont. Via een bijscholing trachten we het praktijkdeel van onze bachelorproef te ondersteunen. Zodat de kennis rond seksueel overschrijdend gedrag bij zorgverleners wordt verruimd en zo een meer ethische benadering bereikt worden.

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	4
SAMENVATTING	3
INHOUDSTAFEL	5
INLEIDING	7
1 SEKSUALITEIT	11
1.1 Wat is intimiteit?	11
1.2 Wat is seksualiteit?	11
2 SEKSUALITEIT BIJ OUDEREN	12
2.1 Seksualiteit en dementie	12
2.1.1 Seksueel overschrijdend gedrag bij zorgvrager met dementie.....	12
2.1.2 Veranderingen in de hersenen bij zorgvrager met dementie met seksueel overschrijdend gedrag	13
3 MAATSCHAPPELIJKE EN SOCIALE ACCEPTATIE	15
3.1 Seksueel overschrijdend gedrag in de zorg	16
4 MEETINSTRUMENTEN BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG BIJ ZORGVRAGER MET DEMENTIE	19
4.1 Waarom meetschalen gebruiken om seksueel overschrijdend gedrag aan te duiden?	19
4.2 Waaraan moet een goed meetinstrument voldoen, welke zijn de aandachtspunten?	19
4.2.1 Praktische factoren die het gebruik van een meetinstrument in de weg kunnen staan.	20
4.3 Welke meetinstrumenten kan men gebruiken om dit probleem aan te duiden?	21
5 COMMUNICATIE BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG	23
5.1 Hoe verloopt communicatie?	23
5.2 Praten we wel over hetzelfde?	23
5.3 Steun en begrip van collega's	24
5.3.1 Communicatie bij dienstoverleg	24
5.4 Hoe communiceren bij seksueel overschrijdend gedrag aan zorgvrager met dementie	25
5.4.1 Ik-boodschap	25
5.4.2 Confrontatiegesprek	25
5.5 Communicatie naar familieleden en vertrouwenspersonen	26
6 WAT ZIJN DE MOGELIJKE INTERVENTIES BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG?	27
6.1 Interpretatie seksueel ontremd gedrag of niet?	27
6.1.1 Begrenzen van het seksueel overschrijdend gedrag	27
6.1.2 Zoeken naar alternatieven	28
6.1.3 Anamnese maken	28
6.1.4 Gedragstherapie	28
6.2 Farmacologische middelen bij seksueel overschrijdend gedrag bij zorgvrager met dementie	29
6.2.1 Farmacologische behandelingen voorgesteld voor ISB: Evidence ondersteunen van deze medicamenteuze behandelingen.....	29

6.3	Belangrijke punten.....	33
7	KRITISCHE DISCUSSIE.....	34
8	BESLUIT	36
9	DEEL 2: PRAKTIJKDEEL	39
9.1	INLEIDING	39
9.2	Methodologie	39
9.3	Vraag/doelstelling van het praktijkdeel.....	39
9.4	Inhoud van de bijscholing.....	40
9.4.1	Inleiding	40
9.4.2	Wat is onaangepast, seksueel overschrijdend gedrag?	41
9.4.3	Welk meetinstrument kan er gebruikt worden bij seksueel overschrijdend gedrag?	41
9.4.4	Hoe gebeurt communicatie bij seksueel overschrijdend gedrag?.....	42
9.4.5	Wat zijn mogelijke interventies bij seksueel overschrijdend gedrag?.....	44
9.5	Discussie.....	45
10	BESLUIT	46
	LITERATUURLIJST	47
	Bijlage.....	52

INLEIDING

Het onderwerp seksualiteit bij personen met dementie is in de zorgverlening voor velen een taboe. Zeker wanneer het gaat over seksueel overschrijdend gedrag. Zorgverleners, medepatiënten en familie weten niet altijd hoe ermee om te gaan (Tsatali, 2010).

Tijdens het proces van onze bachelorproef werd een besluit van de Vlaamse Regering betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonvoorzieningen in werking gesteld vanaf 1 januari 2015. Dit betekent dat er een extra erkenningsnorm ten aanzien van seksueel grensoverschrijdend gedrag kan opgesplitst worden in volgende richtlijnen: De ontwikkeling van een intern beleid én de meldingsplicht aan het agentschap Zorg & Gezondheid. Ondanks de stilte rond dit onderwerp is het toch een aanwezig probleem dat doorgesijpeld is tot de Vlaamse Regering. (Zie bijlage 1)

Deze bachelorproef is een zoektocht naar het antwoord op de vraag: Hoe lever je kwaliteitsvolle zorg bij personen met dementie met seksueel overschrijdend gedrag?

Het eerste deel van de bachelorproef is een algemene literatuurstudie die een kijk geeft op mogelijke probleemzones.

- Wat is onaangepast, seksueel overschrijdend gedrag?
- Welke meetinstrumenten kunnen er gebruikt worden bij seksueel overschrijdend gedrag?
- Hoe gebeurt de communicatie bij seksueel overschrijdend gedrag?
- Wat zijn mogelijke interventies bij seksueel overschrijdend gedrag?

Het tweede deel is de bespreking van de praktische uitwerking.

Ongeveer 80% van de personen met dementie vertoont de typische gedrags- en psychologische kenmerken van dementie (Ballard, 2006). Slechts een kleine groep van deze vertoont seksueel onaangepast gedrag. Ook al komt het weinig voor, vaak geeft het veel onrust, onbehagen en stress bij familie, professionelen in de zorg en medebewoners (Archibald, 1998, Holmes et al., 1997).

Algemene richtlijnen en behandelingen, een niet-medicamenteuze aanpak zoals duidelijk grenzen stellen, een scholing over hoe gedrag terecht te wijzen, tijdig alarmeren en melden in patiëntendossier, op niveau van de zorgvrager handelen en aangepaste kledij zouden de eerste interventies moeten zijn (Robinson, et al., 2003, Series, et al., 2005, Coher- Mansfield, 2001, Thomas more Mechelen, 2013). Pas als deze aanpak onvoldoende resultaat geeft, wordt de medicamenteuze therapie opgestart. Waarbij ook een watervalstelsel wordt gehanteerd (Cross, et al., 2013).

Als we in de literatuur de oorzaken van seksueel overschrijdend gedrag opzoeken vinden we er een aantal oorzaken die in de behandeling ervan niet worden aangepakt. Gekend en algemeen aanvaard is dat dit gedrag zich stelt door verandering in de hersenen en/of disfunctie van de cerebrale cortex. Ook kan de persoon sensorische gebreken hebben als wanen en hallucinaties die hen een verkeerde inschatting geven van de werkelijkheid (Cross, et al., 2013). Minder gekend is echter dat het ook een compensatievorm is voor het gebrek aan fysieke nabijheid of intimiteit, uit verveling of veroorzaakt door onder andere medicatie, Benzodiazepines en Levodopa (Wallace, et al., 2009).

De nood aan formele richtlijnen en ondersteuning is groot. Het niet respecteren van iemands persoonlijke grens heeft een grote impact op zijn doen en laten (Thomas more Mechelen 2013). Het is bij de zorgverlening van personen met dementie onvermijdelijk

en zelfs gewenst dat er fysiek contact is tussen zorgverlener en zorgvrager, vaak is het nog de enige manier van communicatie. In dit kader is het duidelijk waardoor zorg verlenen bij seksueel deviant gedrag, de zorgverlener een oncomfortabel gevoel geeft. Er is echter veel verschil tussen verschillende zorgverleners over het wel of niet ervaren van onaangepast gedrag. Dit heeft voornamelijk zijn reden in de subjectiviteit van de observeerder, elk heeft een ander referentiekader en draagkracht. Maar ook de verschillende omstandigheden en wat voorafging heeft effect op de beoordeling van een welbepaald gedrag (Geelen, 2010).

In de literatuur zijn vele synoniemen voor seksueel overschrijdend gedrag te vinden , maar allen beschrijven gedrag verbaal of fysiek dat onaanvaardbaar en ongepast is in de sociale context waarin deze zich stelt.

Wat is seksueel overschrijdend gedrag?

De zoektocht naar een definitie werd bemoeilijkt vanwege de verschillende benamingen. Enkele voorbeelden zijn: hyperseksualiteit, onaangepast seksueel gedrag, grensoverschrijdend seksueel gedrag, seksueel onaanvaardbaar gedrag,... Een verscheidenheid aan definities met echter veel gemeenschappelijke kenmerken.

Seksueel overschrijdend gedrag: verbaal of fysiek gedrag van seksuele aard, dat expliciet of via interpretatie door anderen wordt waargenomen. Dit gedrag is onacceptabel binnenin de sociale context waarin het gedrag wordt gesteld.

Seksueel ongepast gedrag: heeft betrekking op verbale of andere gedragsuitingen van seksuele aard, die ongepast zijn in de sociale context van dat moment (Hayward, Robertson, Knight, 2013).

Hyperseksualiteit: is een verhoogde behoefte aan seksuele prikkeling en activiteit. Dit kan zich uiten in meer masturbatie, een toegenomen seksueel contact en het herhaaldelijk aandringen op seksueel contact.

Vormen van seksueel gedrag:

- Verbaal: sekspraat, seksueel getinte opmerkingen
- Non verbaal: schunnige bewegingen maken
- Fysiek: aanraken, grijpen, masturbatie, kussen, knuffelen, uitkleden in openbare ruimten

Probleemstelling

Boven de 60 jaar zijn 50 tot 80 % van de mensen nog seksueel actief en dit kan doorgaan tot Veroudering die samengaat met ziekte stelt de zorgverlener voor een uitdaging om de patiënt zijn seksualiteit verder te kunnen laten ervaren. Moreel gezien is de uitdaging des te groter bij personen met dementie (Abdo, C.H.N., 2013). Het is bij de zorgverlening van personen met dementie onvermijdelijk en zelfs gewenst dat er fysiek contact is tussen zorgverlener en zorgvrager, vaak is het nog de enige manier van communicatie. In dit kader is het duidelijk waardoor zorg verlenen bij seksueel deviant gedrag de zorgverlener een oncomfortabel gevoel geeft. Er is echter veel verschil over het wel of niet ervaren als seksueel overschrijdend gedrag bij de verschillende zorgverleners. Dit heeft voornamelijk als reden de subjectiviteit van de zorgverlener die observeert, elk heeft een ander referentiekader, connotatie en draagkracht. Maar ook de verschillende omstandigheden en wat voorafging heeft effect op de beoordeling van een welbepaald gedrag (Geelen, 2010). De perceptie over seksualiteit bij de geriatrische patiënt wordt nog eens bemoeilijkt als er ook nog cognitieve achteruitgang met gepaard gaat zoals bv. dementie (Allen, Breland, Di Napoli, 2013). Cognitieve en fysieke achteruitgang bij de geriatrische zorgvrager zorgt ervoor dat er een groter risico bestaat voor seksueel misbruik. Toch is het vaak de interpretatie van het gedrag door de zorgverlener én de organisatie die er in falen om ruimte te scheppen voor de zorgvrager zijn menselijke noden i.v.m. seksualiteit (Higgins, 2004). De persoon met dementie wordt vaak als infantiel bekeken waardoor het voor de zorgverlener moeilijk wordt hen te aanvaarden als seksueel actief wezen (Archibald, 1998). De zorgverlener dient bij seksueel overschrijdend gedrag steeds een evenwicht te bewaren tussen de zorgvrager te beschermen tegen schade en misbruik, hun capaciteit tot instemmen, behoud van privacy en het bevorderen van hun autonomie. In de literatuur zien we bij de hedendaagse bio-ethiek dat er veel aandacht wordt besteed aan de ethische aspecten bij de zorg aan personen met dementie. Bij de bestaande ethiek in het algemeen geldt het beginsel van respect voor de autonomie en de daarmee gepaard gaande notie van geïnformeerde toestemming. Autonomie wordt voornamelijk beschreven als het recht op zelfbeschikking (Gastmans, Mahieu, 2012). Terwijl het respect voor autonomie ervoor zorgt dat geïnstitutionaliseerde ouderen een seksuele vrijheid gunt, brengt het bij personen met dementie een nog grotere discussie naar voor. Doordat de cognitieve en daarbij de wilsbekwame capaciteiten progressief achteruitgaan, wordt bij de persoon met dementie zijn rechten tot seksuele betrokkenheid zeer vaak ontnomen. Volgens Illhardt (1992) is seksualiteit een menselijk vermogen om hun eigen leven vorm te geven. Door te focussen op hun cognitieve tekort, worden personen met dementie herleid tot hun patiënten status en uiteindelijk zelfs tot de ziekte die langzaam maar zeker hun hele leven overneemt. De vaststelling van een "alles of niets" bekwaamheid krijgt via ethische perspectief veel tegenwind, gedeeltelijke wilsbekwaamheid blijkt meer van toepassing te zijn. Een persoon die niet meer in staat is om beslissingen te nemen over complexe medische behandelingen, zou daarbij wel in staat kunnen zijn om geïnformeerde toestemming te geven bij het aangaan van een seksuele relatie (Anckaert, 2014; Gastmans, Mahieu, 2012). Volgens Lichtenberg (1997) is seksualiteit een vroeg geleerd gedrag en is hun besluit gebaseerd op het "oude leren". De nood aan intimiteit kan ook nog eens vergroot worden doordat er een tekort is aan fysieke nabijheid in hun omgeving. Aanraking, intimiteit en seks kan hun eenzaamheid, angst, onrust en verveling verminderen. In dit licht moeten we bewaken dat normale seksuele lusten en verlangens niet verward worden met seksueel overschrijdend gedrag (Abdo, C.H.N., 2013).

Methodologie

Voor het bekomen van deze bachelorproef zijn we het probleem 'Hoe omgaan met seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie?' vanuit verschillende ooghoeken gaan bekijken. Zo hebben we informatie gevraagd aan artsen op psychogeriatrische afdelingen, deze hebben verschillende linken opgeleverd die bruikbaar waren voor alle groepsleden.

De psychologe van een psychogeriatrische afdeling gaf ons het advies om contact op te nemen met de Vlaamse Alzheimerliga en Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Hierbij heeft Dhr. Steyaert werkzaam bij ECD Vlaanderen, ons verder geholpen bij het bekomen van relevante wetenschappelijke literatuur.

Ook hebben we informatie gevraagd aan de aromadeskundige werkzaam bij ZNA Joostens, de respons was weinig bruikbaar wegens niet wetenschappelijk aangetoond. Na een bijscholing, hebben we het mailadres gekregen van dhr. Diesfeld werkzaam als psychogeriatr, waardoor we met hem zijn gaan corresponderen.

Binnen ons werkveld zijn we bij opzoeken omtrent seksueel overschrijdend gedrag ten rade gegaan op intranet ZNA, omgaan met agressief gedrag, stappenplan, plan van aanpak. Maar ook op Thomas More Turnhout hebben we opzoekingswerk verricht in de bibliotheek. Psychiatrie en geriatrie cursus psychische aspecten bij de geriatrische zorgvrager.

Voor het bij elkaar brengen van literatuur en relevante info hebben we via databanken: Limo, Pubmed, Cochrane, Cinahl, Springerlink, Invert, Medline, NAZ onze zoektocht naar artikels vervolmaakt. Dit met de kernwoorden: deviant sexual behavior, inappropriate sexual behavior, sexual behavior, sexual expression, dementia, dementie, demented, dement hypersexuality, ongewenst intiem gedrag, intimiteit, seksualiteit, communicatie met ouderen, taalcommunicatie met ouderen, seksualiteit van ouderen, communicatieve vaardigheden, moeilijk hanteerbaar gedrag, meetschalen, measure scales, decorum verlies, Alzheimer, seksualiteitsbelevingsschalen, inventarisatie omgaan met anderen, the neuropsychiatric inventory. Dit heeft ons veel artikels opgeleverd ook als we hebben gelimiteerd tot de laatste 8 jaar. Deze zoektocht heeft ons veel Engelstalige literatuur opgeleverd.

1 SEKSUALITEIT

1.1 Wat is intimiteit?

Intimiteit wordt op vele manieren beschreven. Mattiason en Hemberg (1998), verdelen intimiteit in twee delen namelijk emotionele intimiteit (in relatie staan met de ander) en fysieke intimiteit (seksualiteit en fysiek contact). Heemelaar (2008) beschrijft intimiteit als een combinatie van emotionaliteit, tederheid, genegenheid en behoefte aan sensualiteit, deze emoties kunnen eventueel ook lustgevoelens oproepen. Je beleeft genoeg aan het vertrouwd dicht bij iemand te zijn ook is deze al dan niet fysiek. De nood aan intimiteit duurt een mensenleven lang, het emotionele houdt het langst stand.

1.2 Wat is seksualiteit?

Seksualiteit is een natuurlijk menselijk gedrag en een fundamentele basis dat continu aanwezig is in ons leven (Sengupta, Stubbs 2008). Hoewel intimiteit zich vooral op vertrouwen en nabijheid richt, ligt bij seksualiteit de nadruk meer op lustbeleving en is daarbij ook vaker gericht op de genitaliën. Bij het verouderingsproces is er verlies van functionaliteit, dit neemt echter niet weg dat daardoor de seksualiteitsbeleving onveranderd blijft (Harris, Wier 2008). Seksualiteit speelt een cruciale rol in hoe mensen zichzelf in relatie met anderen zien.

Seksuele gevoelens ontstaan waar mensen met mensen omgaan. Zwanniken (1999) beschreef met het seksuele script de cognities en emoties waardoor iemand zijn seksuele opwindning en bevrediging wordt bepaald. Hij paste de theorie van cognitieve schema's uit de psychotherapie toe op ieder zijn individuele seksuele beleving. Hierbij wil hij aangeven dat door je ontwikkeling, je leven, je socialisatie en je biologische achtergronden er een seksueel script wordt geschreven. Dit bevat voor velen standaardcodes zoals je afzonderen voor seks, je zoekt privacy op. Het ontstaat onbewust en bepaalt wat je seksueel opwindend vindt maar ook hoe je jezelf in seksuele situaties dient te gedragen. Het is moeilijk te ontkennen dat de maatschappelijke waarden en normen een belangrijke rol spelen in seksualiteit, niet enkel in beleving maar ook in interpretatie ervan (Heemelaar, 2008).

Bij de zorgverlener blijkt uit onderzoek dat intimiteit en seksuele expressie door hen als een gezond gedrag wordt beschouwd. Uit diezelfde studie van Holmes (1997) is echter gebleken dat **42% van deze professionele zorgverleners van mening waren dat seksueel contact tussen zorgvragers sterk moet worden ontmoedigd.**

2 SEKSUALITEIT BIJ OUDEREN

De seksuele noden van de geriatrische zorgvrager zijn gelijkaardig als die van de jongeren, maar kan wel variëren in frequentie, intensiteit en expressie (Tsatali, et al., 2010). In het verleden is ouderdom steeds geassocieerd geworden met het verdwijnen van de seksualiteitsbeleving. Dit ging zover dat uit een artikel van Hiseh (1995) is gebleken dat het niet aanvaardbaar was dat ouderen een seksuele beleving hadden. Toch kunnen we de laatste jaren over een attitudeverandering spreken naar ouderen en seksualiteit (Chin; 2004, Gott, et al., 2004). Het blijft echter een hekel punt bij ouderen in woonzorgcentra en al helemaal als deze ouderen een cognitieve achteruitgang hebben (bv. dementie). De cognitieve status van de zorgvrager doet onze houding sterk bepalen, het is namelijk gebleken dat hoe minder de MMSE (<10/30), hoe conservatiever onze houding wordt (Kamel, Haijar, 2004). De cognitieve achteruitgang wil niet noodzakelijk zeggen dat de seksuele lusten verdwijnen. Over het wel of niet toelaten van seksuele activiteit hanteren velen zorgverleners het principe " respect voor de autonomie". Respect voor autonomie wordt rechtstreeks gekoppeld aan geïnformeerde toestemming en wilsbekwaamheid van de betrokken oudere. Dit lijkt dan weinig ruimte te laten voor de seksualiteitsbeleving van de persoon met dementie. Deze wilsbekwaamheid die met dementie gepaard gaat, leidt daardoor al gauw tot een aanpak waarbij de autonomie en integriteit van de betrokken oudere te beschermen. Elke vorm van seksueel gedrag wordt integraal verboden of als ongepast beschouwd (Gastmans, 2014).

2.1 Seksualiteit en dementie

De mentale en cognitieve status van de zorgvrager bepaalt sterk de maatschappelijke houding tegenover seksualiteit (Hoogeveen, Apers, 2009). Dementie bestrijkt een belangrijk en groot aspect in de gezondheidszorg. Zoals geweten is dementie een neurodegeneratieve ziekte, die vaak leidt tot veranderingen in de persoonlijkheid en emotionaliteit. Seksuele expressie wordt door de zorgverlener als probleemgedrag beschouwd en ook zo benaderd. Onder probleemgedrag verstaan we alle gedrag van de zorgvrager dat als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren. In deze omschrijving komt duidelijk naar voren dat het gestelde gedrag een probleem vormt in relatie tot de omgeving. Daarom zien we een verhoging van seksueel onaangepast gedrag vanaf het moment dat zorgvrager met dementie wordt opgenomen in het woonzorgcentra. Bij opname komen mensen in een groep terecht en daardoor is het ook moeilijker om met het gedrag om te gaan. Gedrag van een zorgvrager met dementie heeft een grote wisselwerking met zijn omgeving en dus ook met de zorgverleners die op een bepaalde manier omgaan met het probleemgedrag. Als die interactie problematisch wordt gaan we spreken over een probleemsituatie (Vilans, 2011).

2.1.1 Seksueel overschrijdend gedrag bij zorgvrager met dementie

De meeste literatuur gaat over het ontremd gedrag van de oudere met dementie en de last die dit veroorzaakt. Volgens Okhuijsen en Shumacher (1997) is dit het gevolg van de beeldvorming over seksualiteit en ouderen. Nog steeds levert de medische literatuur weinig concrete informatie over seksualiteit bij personen met dementie. Veruit de meeste informatie gaat over thema's als het wel of niet recht hebben op seksualiteit en omgaan met seksualiteit. Het ongewenste gedrag waaronder zowel het seksuele, agressie en agitatie behoren is te wijten aan de ziekte (Tsatali, 2010). Daarom moeten we dit gedrag ook onderzoeken als een deel van de algemene gedrags- en psychologische symptomen van dementie. Door een defect in de frontale kwab en het

verlies van oriëntatie (plaats, persoon en tijd) kan de persoon met dementie compensatiegedrag vertonen. In dat opzicht is het seksueel ongewenste gedrag een resultaat op een misvatting van de toelaatbaarheid van de situatie en te wijten aan een algemene cognitieve achteruitgang. Het gebrek aan aanraking en intimiteit die vaak gepaard gaan met opname in woonzorgcentra doet elke fysieke aanwezigheid in dat opzicht snel overgaan tot onaangepast of zelfs agressief seksueel gedrag. Het is mogelijk dat de persoon met dementie een totaal andere verklaring geeft voor het stellen van dit gedrag. Hij kan bepaald gedrag stellen zonder daarbij seksuele gedachten te hebben dit noemt Higgins "iatrogene eenzaamheid". Deze eenzaamheid wordt veroorzaakt door de houding van de zorgverlener en de organisatorische structuren die elke vorm van intimiteit in het woonzorgcentra hebben verwijderd (Gastmans, 2014). De zorgvrager is zich vaak niet bewust van de sociale en culturele verwachtingen en hij weet zelf niet wat de gepast manier is om dit over te brengen (Tsatali, 2010).

Het is daarom belangrijk als zorgverlener seksueel overschrijdend gedrag niet te verwarren met normale nood aan seksualiteit en intimiteit. Seksueel overschrijdend gedrag komt niet zo vaak voor. Het is belangrijk om dit gedrag af te lijnen, wordt het gedrag geuit naar de partner, buitenstaander of naar zorgverleners. Gaat het om vervelende en ongewenste aanrakingen, het verwarren van anderen met de gezonde partner of echt bedoelde seksuele avances? Gedrag dat in ons opzicht overschrijdend lijkt hoeft dit immers niet altijd te zijn. Onwetendheid en vooroordelen domineren momenteel onze interpretatie en houding bij seksualiteit bij ouderen. Ook ieder heeft bij interpretatie van gedrag zijn eigen connotatie en deze bepaalt mee de beschrijving van de situatie. Belangrijk is in ieder geval te zorgen dat de medepatiënten beschermd worden en daarnaast te bekijken of de zorgverleners goed genoeg met deze situaties kunnen omgaan (Gianotten, 2009). Bij het verklaren van dementie en de symptomen, moeten we toch alert blijven dat we niet elk gedrag herleiden tot een uiting van een ziektesymptoom. Het heeft vaak een betekenis die moet onderzocht worden, want ook de persoon met dementie wordt beïnvloed door de omgeving en hoe hij er mee communiceert (Raeymakers, 2009).

2.1.2 Veranderingen in de hersenen bij zorgvrager met dementie met seksueel overschrijdend gedrag

Alagiakrishnan (2005) suggereert dat wanneer de cognitieve functies verder achteruitgaan er een duidelijke verhoging is van impulsiviteit en het ongecontroleerde gedrag. Verstoorde controle van de seksuele impuls heeft te maken met schade aan de regulerende centra in de cerebrale cortex. Versterkte seksualiteit kan zowel bij mannen als bij vrouwen optreden, hoewel deze bij mannen frequenter voorkomt en deze zich ook agressiever kan uiten (Gianotten, 2009). Algiakrishnan duidt hierbij het belang van de frontale subcorticale circuits aan. Hij zegt dat als deze verder worden aangetast het seksueel onaangepaste gedrag toeneemt. De frontale lob is namelijk verantwoordelijk voor de seksualiteit, controle en het correct inschatten van de situatie. Deze frontale lob beoordeelt ook of bepaald gedrag passend is in de gegeven omstandigheden. Hierbij is het gebrek aan inzicht in sociale situaties zeer kenmerkend. Door een stoornis in de uitvoerende functies is er sprake van verlies van controle, planning organiseren en abstraheren en het wordt voor hem moeilijker om situaties in te schatten. Wat hoort hier en wat niet? Hoe kan ik hier het best op reageren? (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen).

De verstoorde seksuele impulscontrole krijgt relatief veel aandacht, terwijl die weinig voorkomt. Zo kunnen we feilloos de volgende stap aanhalen waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen het type dementie en seksuele expressie. Uit een observationele studie van Algiakrishnan (2005) komt er een duidelijk verschil in prevalentie naar

voren. Bij patiënten met Alzheimer komt er vaker seksueel onaangepast gedrag naar voren dan bij personen met een vasculaire dementie. De hypothese van de hersenpathologie (hersenstructuur en neurotransmitters) is echter nooit getest geweest, toch wordt algemeen aangenomen dat hyperseksualiteit te verklaren valt met de biologische veranderingen die met dementie worden geassocieerd (Ozkan et al., 2008). Bij zorgvragers met dementie merkt Tsatali (2010) op dat we vaak twee vormen van seksualiteit zien namelijk een verhoging of een sterke afbouw van de noden.

In een vergelijkbare studie van Seris en Degano (2005) komen er echter veel meer oorzaken aan bod dan deze veranderingen in de hersenen die mogelijk het seksueel overschrijdend gedrag mee veroorzaken.

- Sociale factoren: - gebrek aan een seksuele partner
 - gebrek aan privacy
 - te weinig stimulatie in de omgeving
 - misvattingen en miscommunicatie
- Psychosociale factoren: stemmingsveranderingen die geassocieerd kunnen worden met dementie (depressie en manie)
- Farmacologie: Alcohol en benzodiazepines kunnen gedrags- en seksuele ontarding veroorzaken.

3 MAATSCHAPPELIJKE EN SOCIALE ACCEPTATIE

Het is moeilijk te ontkennen dat de maatschappelijke waarden en normen een grote rol spelen in de beleving en ook in de interpretatie van seksualiteit. Sociologie biedt ons een inzicht in samenleving en de verschillen in rollen.

Hoe wordt seksueel rolgedrag gesocialiseerd en waardoor wordt ons denkbeeld over seksualiteit maatschappelijk beïnvloed? Uit een enquête van de Volkskrant en het centrum voor ouderenonderzoek van de vrije universiteit te Amsterdam (Bergsma, 2008) bleek dat maar liefst zes op de tien Nederlanders van mening zijn dat ouderen nauwelijks nog seks hebben. De oudere krijgt in de algemene opinie de plaats van de aseksuele andere toebedeeld. Ouderdom, met zijn veronderstelde gebrek aan seks, wordt niet bepaald als een aantrekkelijk aangezien. Evolutiebiologen buigen zich graag over verliefdheid en seksualiteit, zij verklaren hoe mensen de juiste partij voor een succesvolle voortplanting vinden. Verliefdheid krijgt hier een instrumentele functie, hierbij wordt de nutteloze seks van ouderen in een vergeethoekje geplaatst. De seksuele oudere is niet alleen afwezig in de beeldcultuur, maar ook in de dominante darwinaanse theorie over seksueel gedrag. In deze visie op seksuele omgang zijn niet alleen de oudere leeftijd, maar ook de culturele en sociale aspecten totaal afwezig. Het enige wat telt, is het voortplantingsinstinct (Wolters, 2004). In onze samenleving bestaan er ouderdomsstereotypen, deze veralgemeningen kunnen positief of negatief zijn. Enkele negatieve stereotypen van ouderen zijn: eenzaam, ziek, hulpbehoevend, aftakeling van hun cognitieve functies en hebben geen plezier meer in het leven, laat staan zin in seks. Deze stereotypen ontstaan reeds vroeg in de kindertijd en worden bij het volwassen worden enkel nog versterkt (Seefeld, et al., 2010). De stereotypen zijn in ons laag bewustzijn aanwezig en hebben een effect op ons handelen tenzij we er ons bewust van worden gemaakt (Kawakami, Dovidio, van Kamp, 2005). Ze zijn hardnekkig en kunnen niet zo gemakkelijk worden bijgesteld eenmaal ze in ons geheugen opgeslagen zijn (Van Hellemont, 2004). De stereotype beelden die vandaag over dementie de ronde doen, beïnvloeden in sterke mate de manier waarop we omgaan met de persoon met dementie. De negatieve en infantiliserende kijk van de samenleving op personen met dementie heeft direct een negatief effect op de levenskwaliteit van deze. Dementie roept een beeld op van verval, afhankelijkheid en ontmenselijking. Het gaat zover dat we niet meer zien dat achter de dementie ook nog een individu zit met een volwaardige persoonlijke en sociale identiteit. De maatschappelijke beelden bepalen in grote mate de subjectieve, persoonlijke houding ten opzichte van een persoon. Vandaag wordt tegenover de persoon met dementie voornamelijk het verliesmodel benadrukt, maar er is toch nog een grote mate van autonomie. Persoon die lijdt aan dementie zit volgens dit stereotype opgesloten in zichzelf en is niet meer aanwezig. In werkelijkheid is de persoon met dementie geen sociaal eiland, hij staat nog steeds in relatie tot zijn omgeving, waarbij zijn zelfbeeld tot stand komt door de wisselwerking met deze omgeving (Raymaekers, 2009). Ook de partner worstelt net als verzorgenden met vele conflicten. Partners krijgen het bijna altijd zwaar te verduren door de bezorgdheid, het zorgen zelf en de veranderingen in het gedrag en de persoonlijkheid van de persoon met dementie. Zij kunnen te maken krijgen met afwijzing, desinteresse, verdriet of wrok, maar ook met agressieve seksuele uitlatingen en gedragingen. Opname van hun partner gaat gepaard met schuldgevoel en soms ook het verlies aan intimiteit/seksualiteit. Kinderen dragen niet vaak het leeftijdsargument naar voren om de seksuele drang van de ouder af te keuren. Voor hen zijn loyaliteit met de weggevalle ouder eerder een struikelblok.

3.1 Seksueel overschrijdend gedrag in de zorg

In de literatuur blijkt seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie een vergeten item te zijn (Algiakrishnan, 2005, Johnson, 2006, Knight, 2008). Verklarend hiervoor kan zijn dat ongewenst gedrag bij 80% van de personen met dementie die in een woonzorgcentra verblijven voorkomt, maar dat slechts 2% tot 17% van het seksueel overschrijdend gedrag er deel uitmaakt (Guay, 2009; Series, Delgado, 2005).

Zorgverleners vinden de omgang en confrontatie met seksueel overschrijdend gedrag vaak het moeilijkste van alle symptomen om te controleren. Ze ervaren het als een grote last waarbij angst, verlegenheid, ongemak, machteloosheid en vernederende gevoelens zeer vaak de bovenhand nemen. Van alle vormen van onaangepast gedrag, is dit het meest onderschatte maar heeft wel een grote impact op de zorgverlener (Tsatali, 2010).

Het blijft een ethisch gevoelig onderwerp en dit omdat de ouderenseksualiteit te kampen heeft met stereotypen en vooroordelen. De seksuele verlangens en noden van zorgvragers met dementie die in zorginstellingen verblijven worden dan ook over het hoofd gezien, simpelweg genegeerd of als problematisch beschouwd. De reacties van de zorgverleners op het onaangepaste seksuele gedrag worden door verschillende factoren beïnvloed. Het soort gedrag, de seksuele expliciet, gepastheid van dit gedrag en de al dan niet betrokkenheid van een zorgvrager met dementie. Maar ook het eigen comfortlevel van de hulpverlener en de visie van de zorginstelling bepaalt hoe we met seksueel gedrag omgaan (Gastmans, 2014).

De negatieve ervaring kan echter zijn oorsprong hebben in de beperkte kennis die de hulpverlener heeft over ouderseksualiteit waardoor seksueel gedrag vaak als een gedragsprobleem wordt beschouwd en niet als een vraag naar intimiteit.

Intimiteit is vaak gewenst en zelfs noodzakelijk in de hulpverlening, het wederzijdse vertrouwen is een voorwaarde voor een goed hulpverleningscontact. Fysieke contacten zijn daarbij veelal een belangrijk instrument. Waardoor de zorgverleningssituatie de ideale voedingsbodem voor seksueel overschrijdend gedrag is. Bij de discussie over seksueel ongewenst gedrag wordt vaak ook de intimiteit ter discussie gesteld (Heemelaar, 2008).

Om verder te gaan op het seksuele script kunnen we de overdracht en tegenoverdracht theorie van Sigmund Freud niet voorbijgaan. Ritger (2008) heeft deze theorie uit de psychotherapie verder door getrokken tot andere vormen van hulpverlening. Deze processen hebben voornamelijk met verplaatsingsmechanismen te maken. Dit betekent dat gevoelens die eigenlijk zijn verbonden met belangrijke figuren uit de kindertijd, verplaatst worden naar de ander en ook naar een andere tijd. Die ander is een belangrijk persoon in iemands leven. Overdracht zal enkel plaatsvinden als er een sterke band is tussen zorgvrager en zorgverlener. Bij overdracht plaatst de zorgvrager gevoelens die gericht zijn op een belangrijk figuur uit zijn kindertijd over op de zorgverlener en zijn vaak inadequaate, niet realistisch. We hebben hier een positieve overdracht die positieve emoties voortbrengen zoals verliefdheid, bewondering, veiligheid,.... Maar er is ook een negatieve overdracht en deze brengt negatieve emoties voort boosheid, agressie, jaloezie,.... Bij een seksueel incident in de hulpverlening moet de hulpverlener zich daarom steeds bewust zijn of bepaalde emotionele gedragingen van een zorgvrager op hem gericht zijn of te verklaren zijn vanuit overdracht. Tegenoverdracht richt zich dan weer op het verplaatsingsmechanisme van de zorgverlener naar de zorgvrager. Ook hier is er sprake van een positieve en negatieve overdracht. De confrontatie met een expressie van gevoelens en seksuele lusten van de zorgvrager kan een sterke tegenoverdracht oproepen bij de zorgverlener. Om processen van tegenoverdracht te herkennen moet de zorgverlener zich bewust zijn van de emoties die hij ervaart in contact met de zorgvrager en deze ook kunnen

hanteren. Een voorwaarde hiervoor is erkenning en herkenning van alle mogelijke gevoelens die dergelijke situaties voortbrengen. Hoe we dit als zorgverlener moeten aanpakken zal verderop worden besproken (Heemelaar, 2008).

Het is als zorgverlener noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen begrijpen en accepteren, want deze twee hoeven niet samen te gaan. Begrijpen hoeft niet te betekenen dat je iets accepteert en toelaatbaar acht. Begrijpen geeft je echter wel informatie die waardevol kan zijn bij preventie en omgang met. Zo kan men een handeling als puur seksueel als persoonlijk gericht ervaren, maar is het gedrag van de zorgvrager eerder een reactie op een seksuele prikkel bv. de borsten van de zorgverlener (Hazelhof, 2004). De interpretatie van het gedrag moeten we vanuit verschillende kanten kunnen bekijken.

- Maatschappelijk – ethisch (wat hoort wel en niet in een samenleving)
- Juridisch (wat wordt wel en niet door de overheid verboden)
- Medisch psychiatrisch (wat is gestoord en wat niet)
- Historisch – cultureel (wat zijn gegroeide gewoonten)
- Persoonlijk (wat vindt het individu zelf, vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid)

(Heemelaar, 2008).

Binnenin één team kan er grote onenigheid ontstaan over de interpretatie van gedrag. De één accepteert meer dan de ander, de eigen draagkracht en persoonlijke grens bepaalt hoe we omgaan met het gedrag. De interpretatie echter vanuit onze eigen connotatie beïnvloedt hoe we elke situatie een eigen emotionele bijbetekenis geven. Het blijft een ethisch gevoelig onderwerp en ouderenseksualiteit heeft te kampen met stereotypen en vooroordelen. Dit oordeel geldt niet enkel voor de zorgverlener maar bij elke vorm van intimiteit kan de zorgvrager hier een seksuele bevestiging in ervaren.

Echter zien we vaak onaangepast seksueel gedrag voorkomen zonder dat er sprake is van intimiteit. Hierbij wordt de zorgverlener vaak als object benaderd en er is geen respect naar de gevoelens van de ander. Het is echter bij personen met dementie moeilijk om inlevingsvermogen correct te gebruiken (Heemelaar, 2008). Een andere factor die eventueel het seksueel gedrag doet ontstaan met of zonder intimiteit is macht en onmacht. Zorgvragers zijn afhankelijk van de zorg die hen wordt geboden. Ze zijn dus afhankelijk van de zorgverlener die bij hen over de vloer komt. Dit kan bij de zorgvrager een gevoel van onmacht teweeg brengen. Vooral bij de mannelijke zorgvrager kan dit gedrag uitlokken waarmee een poging wordt gedaan de onmacht weg te lokken. Door seksueel getinte opmerkingen wordt de ander klein gemaakt, waardoor deze aan macht verliest (Krook, Van Straaten, 2005).

Het hanteren van grenzen blijft een probleem waar de hulpverlener in zijn dagelijkse praktijk mee wordt geconfronteerd. De dagelijkse confrontatie met seksueel overschrijdend gedrag heeft altijd een impact. Het brengt als risico met zich mee dat bepaalde seksuele handelingen niet langer als onaangepast worden herkend. De zorgverlener wordt dit als het ware gewoon en het gedrag wordt genormaliseerd. Door deze normalisatie verschuift de tolerantiegrens en ontstaat er een grijze zone waarop niet meer wordt gereageerd. De zorgverlener zal zich niet meer geraakt voelen en het gedrag zal niet worden gestopt. Het blijft onaangenaam, het vraagt een zekere alertheid van de zorgverlener en het blijft stress geven ook al heeft de zorgverlener het gevoel er beter tegen te kunnen (ZNA. Aggressie door derden, 2013).

Het niet reageren op seksueel overschrijdend gedrag kan op lange termijn zeker problemen geven. Situaties worden vermeden en er komt een afwerende reactie waardoor de zorgverlening hierin zijn nadeel krijgt. Doordat de zorgverleners al snel geneigd zijn meerdere dingen die de zorgvrager met dementie doet als seksueel te bestempelen, bestaat er een kans dat ze meer afstand gaan houden van de zorgvrager

met dementie. Dit leidt er dan weer toe dat deze minder affectiviteit krijgt ook als hij daar net om vraagt (Hazelhof, 2004).

Bij de zorgverlener kan dit leiden tot prikkelbaarheid, minder zelfvertrouwen, gevoelens van falen en gebrek aan motivatie en opzien tegen het werk (Krook, Van Straaten, 2005). Het vermijden en de ontkenning zijn een vaak gebruikte manier van de zorgverlener om met hun eigen onzekerheden en onmacht om te gaan. Iedere situatie zal op een specifieke manier gehanteerd moeten worden door iedere zorgverlener en dit kan vaak door zelfreflectie en het bespreken van emoties in collegiaal overleg (Pope, 1996). Ontken niet de gevoelens die je hebt, maar erken de cognitieve reactie (verwarring), de affectieve reactie (angst) en de fysieke reactie (afschuw). Door te vermijden mis je de kans inzicht te krijgen in je eigen gedrag en dat van de zorgvrager met dementie. Isoleer je niet maar bespreek dit met collega's, wees als collega niet beoordelend maar steunend aanwezig, normaliseer daarbij het incident niet. Een protocol waarin louter gepoogd wordt grenzen voor intiem contact aan te geven, gaat voorbij aan het feit dat intimiteit niet vast te leggen is in ruimte en tijd. Een protocol kan wel zinvol zijn op voorwaarde als procedure voor communicatie tussen collega's (Heemelaar, 2008). Afspraken over professionele grenzen voorkomen dat je als individuele zorgverlener bij ongewenst gedrag telkens moet terugvallen op je eigen grenzen.

4 MEETINSTRUMENTEN BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG BIJ ZORGVRAGER MET DEMENTIE

4.1 Waarom meetschalen gebruiken om seksueel overschrijdend gedrag aan te duiden?

Een meetinstrument is een hulpmiddel dat door professionele hulpverleners wordt gebruikt om een objectieve vaststelling te doen. Voor vele aspecten in het klinisch onderzoek bestaat er een meetinstrument als hulpmiddel. Op deze manier kan de zorgverlener de vragen die hij zichzelf stelt betreffende de hulpvraag van de zorgvrager makkelijker beantwoorden. Een meetinstrument ondersteunt de klinische expertise van de zorgverlener maar kan deze niet volledig vervangen. Meten om te meten heeft geen nut, meten moet geïntegreerd worden in het methodisch handelen. Door het gebruik van meetinstrumenten kan men klinische verschijnselen objectiveren en in maten en getallen uitdrukken. Hierdoor kan men tot een standaardisatie komen en zo een verheldering in de communicatie tussen de verschillende zorgverleners opleveren. Dit is belangrijk bij de diagnose: "ontremd seksueel gedrag" wat door de zorgverleners verschillend kan worden ervaren. Het gebruik van meetinstrumenten kan de kwaliteitszorg in kaart brengen, de zorg kan geëvalueerd worden en de zorg individueel per zorgvrager aangepast. Als men gebruik maakt van meetinstrumenten kan men details uitvergroten en op deze manier kan erg nuttige informatie aan de oppervlakte komen. De meeste meetinstrumenten zijn ontwikkeld in het kader van wetenschappelijk onderzoek maar bewijzen ook hun nut in de dagelijkse praktijk en het evidence based handelen (Beurskens, Stutterheim, Swinkels, van Peppen, 2008).

4.2 Waaraan moet een goed meetinstrument voldoen, welke zijn de aandachtspunten?

De verschillende vereisten waaraan een meetinstrument moet voldoen zijn: hanteerbaarheid, geschiktheid voor de juiste doelgroep, meet ik wat ik wil weten? Is het betrouwbaar? Sluit het aan bij het doel van de meting? Hanteerbaarheid, vaak zijn instrumenten ontwikkeld voor wetenschappelijk onderzoek, te complex en te lang om in de dagelijkse praktijk toe te passen. Als men een keuze moet maken welk meetinstrument men gaat gebruiken, weeg dan af of het resultaat in verhouding staat tot de moeite die gedaan moet worden om dit te bereiken. Het is dus belangrijk om goed te weten wat men wil bereiken en wat de zorgvrager aankan. Hierbij dient men rekening te houden in welke fase van dementie de zorgvrager zich bevindt. Ook de vorm van dementie is erg bepalend of een meetinstrument al dan niet geschikt is. Een vragenlijst is bijvoorbeeld niet geschikt als er sprake is van afasie. Het werken met vragenlijsten met korte zinnen en makkelijke bewoordingen is aangeraden als het gebruik van een vragenlijst nog mogelijk is, dit vergroot ook de kans dat vragenlijsten helemaal ingevuld worden. Bij zorgvragers met dementie is het werken met vragenlijsten vaak niet mogelijk door verschillende oorzaken.

Als men moet inschatten of het gebruikte meetinstrument hanteerbaar is voor de zorgvrager dient men rekening te houden met 5 aspecten: leesbaarheid, aard van de

vragen, afnametijd , frequentie van metingen, fysieke en cognitieve belasting van de zorgvrager.

De fysieke en cognitieve belasting voor de zorgvrager is afhankelijk van vele factoren, de aard van de test (moeilijke vragen) en de toestand van de patiënt (ziek, moe, pijn, verward). Belangrijk hier is dat diegene die de test uitvoert voldoende geschoold is en de risico's kan inschatten.

Andere zorgvragers, zorgkundigen hebben doorgaans meer contact met de zorgvrager gedurende de dag. De ochtendzorg, mictietraining, maaltijden, waardoor zij meer kans lopen met dit ontremd gedrag in aanraking te komen. Het is nodig om ook hun ervaring mee te verwerken in de indicatie.

Ook de leeftijd speelt een grote rol, het is een onderwerp dat bij deze generatie nog erg taboe is. Dit kan men ook ervaren als men eventueel een heteroanamnese afneemt bij de partner of de kinderen. Mogelijk kan dit sterk evolueren de volgende jaren.

Bij de aard van de vragen heeft men vastgesteld dat privacy gerelateerde vragen als belastend worden ervaren en voor een ongemakkelijk gevoel kunnen zorgen. Vaak zijn deze antwoorden minder betrouwbaar. Seksualiteit en ongewenste intimiteit zijn erg persoonlijk en hierover praten gaat nog altijd gepaard met schaamtegevoel, zowel voor dader als slachtoffer (Wildenbeest, Wittink, 2008). Uit onderzoek is gebleken dat expliciete vragen betreffende seksualiteit en problemen hiermee onder gerapporteerd worden (Van Drunen, Bijzitter, Geerts, van Beusekom, 2009).

Als een meetinstrument wordt gebruikt is het belangrijk dat de afnemer deze handeling voldoende onder de knie heeft en ook dat alle leden van het team de test op dezelfde manier uitvoeren en interpreteren. Hiervoor is een degelijke opleiding vereist en voldoende kennis over het probleem.

4.2.1 Praktische factoren die het gebruik van een meetinstrument in de weg kunnen staan.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Kosten van het meetinstrument, sommigen zijn niet vrij beschikbaar en zijn belast met een copyright, er dient dus betaald te worden om het te kunnen gebruiken. Het meten van ontremd seksueel gedrag, het resultaat hiervan heeft geen invloed op het meer of minder subsidies krijgen. Dus geen noodzakelijke aankoop.
- Beschikbaarheid van vragenlijsten in de juiste taal, zelf vertalen wordt afgeraden, het vertalen dient aan wetenschappelijke criteria te voldoen en is een langdurig proces.
- De taal van de ondervraagde, meer en meer komen er anderstalige patiënten met dementie in onze gezondheidszorg terecht, het is moeilijk om de meetinstrumenten in alle talen ter beschikking te hebben. Ook interpretatie kan verschillen van cultuur tot cultuur.
- Beschikbaarheid van meetinstrumenten, niet alles is vrij en overal verkrijgbaar.
- Afnametijd, lange vragenlijsten nemen veel tijd in beslag, deze tijd is vaak nodig voor de behandeling.
- Benodigde tijd voor het evalueren en interpreteren van de resultaten, vaak is het meten een bijkomende opdracht voor de beroepsbeoefenaar, de tijd ontbreekt vaak. Beter is het om de testen en metingen goed in te plannen en zelfs hier iemand verantwoordelijk te stellen die dan ook vrijgesteld wordt van andere taken.

(Stolker, 1994).

4.3 Welke meetinstrumenten kan men gebruiken om dit probleem aan te duiden?

Als men op zoek gaat naar een geschikt meetinstrument moet men zichzelf de vraag stellen: Wat wil ik meten, bij wie wil ik meten, wat is het doel van mijn meting? Er zijn verschillende soorten meetinstrumenten waaruit men een keuze kan maken, met elk hun voor- en nadelen (Bolle, Griffioen, Knegtering, 2004).

Het gestructureerde interview is een vragenlijst met voorgestructureerde vragen die door de afnemer van het interview aan de patiënt worden gesteld, vaak met ja of nee te beantwoorden. Verder worden er geen vragen bijgesteld waardoor er niet zo veel klinische ervaring van de interviewer wordt vereist (Bolle, Griffioen, Knegtering, 2004). Deze vragenlijst kan gebruikt worden in een heteroanamnese. Niet bij de patiënt zelf daar die door zijn cognitieve beperking een foutief beeld kan geven als gevolg van dementie. Een semigestructureerd interview daarentegen moet worden afgenomen door een interviewer met meer klinische ervaring omdat er de mogelijkheid bestaat om nog bijkomende vragen bij te stellen. Bij deze vorm van meten worden de antwoorden in vooraf vastgestelde scores beoordeelt (Bolle, Griffioen, Knegtering, 2004).

Een andere vorm van meten zijn observatieschalen, deze bestaan uit items met korte antwoordmogelijkheden. Het is wel belangrijk dat deze uitgevoerd worden door een onderzoeker die voldoende klinische expertise bezit. Als deze door verschillende personen worden uitgevoerd is het belangrijk dat dezelfde standaard gehandhaafd wordt. Een training in het gebruik van deze meetschalen is noodzakelijk. Een observatieschaal kan ook worden ingevuld op basis van gesprekken met patiënt waarbij niet enkel wordt geluisterd naar wat hij zegt maar ook naar het gestelde gedrag daarbij. Inlichtingen van derden, kunnen ook gebruikt worden voor het invullen van de schalen. Observatieschalen zijn vaak het meest aangewezen bij diagnosestelling bij zorgvragers met dementie. Erg handig kan het opmaken van een gedragsmatrix zijn die gedurende enkele dagen wordt bijgehouden (Bolle, Griffioen, Knegtering, 2004).

Ontremd seksueel gedrag kan men beschouwen als een vorm van agressie, een aantasting van de fysieke integriteit, hiervoor zijn voldoende meetschalen beschikbaar al dan niet uitgebreid met een plan van aanpak (Bolle, Griffioen, Knegtering, 2004). Bij het op zoek gaan naar een meetinstrument bruikbaar om het hier gestelde probleem aan te pakken is er rekening gehouden met de hiervoor besproken vereisten. Hierbij is de vraagstelling geformuleerd, voor welke doelgroep, welk gedrag, door wie, welke taal? Van hieruit worden de zoektermen geformuleerd. Als gebruik wordt gemaakt van de juiste zoektermen in de databanken gebeurt er een grondige filtering met als resultaat de meest geschikte meetschalen. Hieruit is gebleken dat vaak een gevonden resultaat verdere nuttige linken oplevert waardoor een dynamisch proces ontstond vanuit een centrale zoekterm.

Enkele voorbeelden van meetschalen mogelijk te gebruiken bij deze vraagstelling.

Beoordelingsschalen voor verpleegkundigen in de psychiatrie (Stolker, Zitman, 1994).

- Intramurale Psychiatrische Patiënten Observatieschaal IPPO (Betgem, 1991). Observatieschaal die 5 tot 10 minuten duurt. Met als doel het algemeen niveau van functioneren van psychiatrische patiënten op de afdeling in kaart te brengen. De schaal bestaat uit 30 gedragsomschrijvingen verdeelt over 2 subschalen: Sociale interesse en gedrag, zelfcontrole en normbesef. Het voorkomen van gedragingen worden gescoord op: nooit tot altijd in een 5-puntschaal door verpleging en verzorgenden (Betgem, 1991). De voordelen van

de IPPO zijn dat hij een hoge interbeoordelaars betrouwbaarheid heeft, de tijd nodig voor het invullen door de verpleegkundige is beperkt en de schaal is op verschillende afdelingen bruikbaar (Betgem, 1987). Subschaal 2 van de IPPO geeft informatie over het normbesef en de zelfcontrole van de patiënt op de afdeling. Deze subschaal telt 17 items (van Mulders, Vanschoenwinckel, Meers, Kaufman, Derde, 1991). Deze meetschaal is wetenschappelijk onderzocht en men heeft hieruit besloten dat de IPPO een gevoelige gedragsbeoordelingsschaal is die betrouwbaar is en bovenal eenvoudig uit te voeren. Het scoren wordt vereenvoudigd doordat de gedragsomschrijvingen ondubbelzinnig en duidelijk zijn opgesteld. Hierdoor is deze schaal ook door meerdere zorgverleners bruikbaar. Uit dit onderzoek is wel gebleken dat de IPPO weinig relevante informatie toevoegt die kan gebruikt worden in de therapeutische aanpak en de diagnostiek (van Mulders, I., et al., 1991).

- The Neuropsychiatric Inventory, NPI (Cummings, 1997)
- Inventarisatie Omgaan met Anderen, IOA (Van Dam-Baggen, Kraaimat, 1987)
- Sexualiteit BelevingsSchalen, SBS (Vrenken, Vennix, 1978)
- Vragenlijst voor deviant seksueel gedrag (Bewerking van Knight, Alderman, Johnson, Green, Birkett-Swan, Yorstan, 2008) Origineel: The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA). Deze meetschaal is ontwikkeld voor het meten en vaststellen van seksueel gedrag bij patiënten met progressieve neurologische aandoeningen en verworven hersenletsel in de intramurale zorg. Bij de SASBA wordt dit mogelijk gemaakt door het aanwezig zijn van een geschreven handleiding en mogelijke videosimulaties. Wat het gebruik en de betrouwbaarheid ervan enkel kan verhogen. De gebruikers van deze meetschaal dienen wel opgeleid te zijn hiermee. Vaak levert dit problemen op in de praktijk omwille van budgettaire redenen, genoeg geschoold personeel en tijdsgebrek. Verder is deze meetschaal beschikbaar in de Nederlandstalige versie en is de betrouwbaarheid ervan aangetoond. De SASBA is eenvoudig in gebruik omdat de vraagstelling hierin eenvoudig en duidelijk blijft en de beoordeling is in gradaties. Ook de duurtijd is beperkt en laat toe om constant te observeren, het betreft een periode die beoordeeld wordt en geen momentopname wat een beter algemeen overzicht van het probleem geeft. Ook de reactie van de omgeving, het personeel wordt hierin betrokken wat een reflectie mogelijk maakt en ook kan helpen bij de behandeling, het plan van aanpak. De validiteit en betrouwbaarheid bij het gebruik van deze meetschaal bij personen met progressieve neurologische aandoeningen en verworven hersenletsel is aangetoond. Deze meetschaal laat toe om constant te observeren op gebied van 4 verschillende schalen van het ISB (Inappropriate sexual behaviour). Deze schalen zijn ontwikkeld op gebied van relevante literatuur (Alderman, Johnson, Knight, 2006). Het correct analyseren en interpreteren van de resultaten wordt mogelijk door de geschreven handleiding en videosimulaties te gebruiken. Deze meetschaal is vaak gebruikt in psychogeriatrische settings (van Hooren, 2011).

5 COMMUNICATIE BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG

5.1 Hoe verloopt communicatie?

Volgens het merendeel van de mensen is communicatie enkel luisteren en praten. Met praten kan aangegeven worden wat men juist wil, als gevoelensuiting of meningsuiting. Het luisteren is interesse tonen in de ander zijn gevoelens, zijn mening, zijn wensen. Doch moet communicatie breder worden gezien. Succesvolle communicatie is een interactie van luisteren en praten én wanneer men elkaar begrijpt. Non-verbale signalen, waar en wanneer de communicatie plaatsvindt hebben evenzeer invloed (Oskam, Scheres, 2005).

Professionele zorg vereist dat zorgverleners reflecteren op en communiceren over hun houding en omgang met zorgvragers. Een zorgverlener communiceert daarom over de gevoelens die zorgvragers bij hem oproepen en analyseert kritisch de effecten die zijn handelen heeft op zijn zorgvragers. Op basis daarvan weet hij de balans tussen afstand en nabijheid zorgvuldig te hanteren in zijn omgang met zorgvragers (Heemelaar, 2008).

Aanraken is een belangrijk communicatiemiddel, een manier om gevoelens en emoties te uiten. Hand vasthouden, schouderklopje, arm om iemand slaan, strelen. Er is een hele reeks van helpende benaderingen, van vrij afstandelijk tot zeer intiem. Het bespreekbaar maken van intimiteit vraagt om het verkennen van grenzen (Heemelaar, 2008).

Zolang het onderwerp seksualiteit met rode oortjes en zwijgzaam wordt benaderd, hoe kleiner de kans op een oplossing (Heemelaar, 2008). Zwijgen biedt voor niemand een oplossing. Toch lijkt het erop dat vele zorgverleners dit missen in hun opleiding. Door er geregeld over te praten raakt men aan het onderwerp gewend en verdwijnt het taboe errond (Glaser, et al., 1991).

5.2 Praten we wel over hetzelfde?

Over seksualiteit en intimiteit bestaan verscheidene definities. Zo kan de vraag worden gesteld of we wel over hetzelfde praten? Naast de verwarring over de definitie, gaat de persoonlijke seksualiteitsbeleving en intimiteitsbeleving ook een rol spelen. Zo zal de eigen gevoelswaarde, connotatie een invloed hebben in de communicatie over intimiteit en seksualiteit. Naargelang welke gevoelswaarde men ervaart, zal de reactie hierop beïnvloedt worden. Dit kan leiden tot misverstanden, ontgoocheling en onbegrip. Connotatie is dus voor iedereen persoonlijk. Zo zal een persoon die veel uit seksualiteit haalt een gunstige connotatie vertonen. Terwijl een ander persoon met negatieve ervaringen op intimiteitsvlak eerder negatieve connotatie vertonen (Heemelaar, 2008; Verdult, 2003).

Een groep onderzoekers hebben seksueel ontremd gedrag dat tijdens een teambespreking was voorgelegd én waarvoor een individueel zorgplan werd opgesteld, geanalyseerd. Bij inhoudelijke analyse kon men al een deel klasseren omdat het gedrag geen seksueel ontremd gedrag was. De onderzoekers konden de groep nog eens opsplitsen in: behoefte aan intimiteit en seksueel ontremd gedrag. Evidence based onderzoek dient om structuur te bieden zodat het ontremde gedrag kan geordend en bespreekbaar gemaakt worden zodat het met de juiste zorg kan worden benaderd (Diesfeldt, 2009).

Duidelijkheid en open communicatie zijn de steunpilaren om een doel te bereiken. Als professionele zorgverlener willen we kwaliteitsvolle zorg en een veilige omgeving bieden aan de zorgvragers met dementie, hun familie en de zorgverleners.

5.3 Steun en begrip van collega's

Steun en begrip van collega's zijn essentieel om een goed team te vormen. Gevoelens bespreekbaar maken zonder een beschuldigende vinger te krijgen. En toch is men snel geneigd om 'blaming the victim' toe te passen. Het is makkelijker om een beschuldigende vinger uit te steken naar collega X, dan stil te staan dat men hetzelfde kan meemaken. Dit is een bedreigend denkbeeld. Het etiket van eigen schuld is meestal kwetsender dan het voorval zelf. Of dat het gedrag bij anderen niet als ongewenst wordt ervaren. Of wanneer er niet serieus kan worden gepraat en enkel grapjes over het onderwerp seksualiteit komen (Bos, 2000).

Men dient open te communiceren in vertrouwen en duidelijkheid, zodat men elkaar goed begrijpt. Samen kunnen spreken over zijn gevoelens en een zorgplan opstellen. Een open, respectvolle bespreking bij een overdracht is een voorwaarde om als zorgverleners te kunnen samenwerken (Heemelaar, 2008).

5.3.1 Communicatie bij dienstoverleg

Een werk gerelateerd probleem dient te worden besproken tijdens de werkoverdracht en niet tijdens een pauze. Als zorgverlener X seksuele intimidatie ondervond van een zorgvrager met dementie en meedeelt tijdens de pauze maakt dat het probleem een privé kwestie blijft. Er wordt niet over het ongewenste gedrag gepraat noch worden er afspraken rondom de aanpak ervan besproken. Nochtans wordt dit wel van de collega's verwacht, brainstormen hoe dit probleem best wordt aangepakt (Bos, 2000).

In het bespreekbaar maken van seksueel ontremd gedrag is het belangrijk om stil te staan of het echt wel een probleem is van de zorgvrager of eerder het probleem van inschatting van zorgverlener. Bij het bespreekbaar maken tijdens het dienstoverleg hoort ook het uitwisselen van ervaringen. Soms wordt een probleem groter als er niet over gecommuniceerd kan worden. Het bekendmaken van ervaringen en bespreekbaar maken van gevoelens is voor zorgverleners van belang. Het zoeken naar verklaringen voor het seksueel ontremd gedrag om tot een zorgplan te komen (Verdult, 2003). Het is eveneens belangrijk om inzicht in het dementieproces te kennen en het seksueel ontremde gedrag niet als persoonlijk gericht te zien (Hayward, et al., 2013).

5.4 Hoe communiceren bij seksueel overschrijdend gedrag aan zorgvrager met dementie

5.4.1 Ik-boodschap

Als zorgverlener is het belangrijk om grenzen te stellen wanneer men geconfronteerd wordt met seksueel overschrijdend gedrag. Hierbij is de confronterende ik-boodschap zeer belangrijk (Adams, 1993). Het aangeven van de grens door de zorgverlener betekent dat er een probleem is, het probleem wordt benoemd met als doel dat er iets aan gedaan wordt (Verdult, 2003). Best is om aan de zorgvrager duidelijk te stellen welk gedrag niet kan en welk gevoel dat gedrag bij je geeft. Bijvoorbeeld: 'Ik vind het niet leuk dat...' Het gedrag benoemen en vertellen dat dit gedrag moet stoppen (Bos, 2000). Een responsieve ik-boodschap wordt gebruikt om een duidelijke 'nee' over te brengen. 'Ik wil niet op uw avances ingaan, want ik vind dat het niet past in mijn relatie met u.' Tegenwerpingen of verder aandringen wordt voorkomen door een kordate eigen beslissing, zonder reden van buitenaf (Verdult, 2003). Stel dat de zorgvrager verder doet met het ongewenst gedrag. Blijf dan de boodschap herhalen en ondersteun deze met non-verbale signalen. Zorg dat je de aandacht hebt van de zorgvrager, praat luid en duidelijk kijk de zorgvrager echt aan als je de boodschap zegt. Als je non-verbale gedrag andere signalen geeft dan je boodschap wordt er waarschijnlijk geen gevolg aan gegeven (Bos, 2000).

Wijs enkel het gedrag af en niet de persoon. Dat is belangrijk voor jezelf maar ook voor de ander (Bos, 2000).

Bij het geven van de ik-boodschap zal niemand je ongelijk geven. Je spreekt de zorgvrager niet aan op zijn persoonlijkheid maar over zijn gedrag. Tijdens de ik-boodschap ben je beleefd en kordaat, niet super vriendelijk. De zorgvrager moet je serieus nemen. Ook het woord 'sorry' is uit de boze, jij hebt niks verkeerd gedaan. Noch met een hoge stem de zorgvrager aanspreken hij is volwassen. Het is niet de bedoeling de zorgvrager te kleineren (Bos, 2000).

Ga geen ruzie maken of een hele uitleg doen om gelijk te halen. Het is de bedoeling dat het ongewenste gedrag zich niet meer voordoet. Indien de zorgvrager geen gehoor geeft aan je boodschap, zeg dan wat de gevolgen van zijn ongepaste gedrag zullen zijn. Bijvoorbeeld verwijderen uit de gemeenschappelijke ruimte. Indien het ongewenste gedrag zich blijft voortdoen, doe dan wat je gezegd hebt (Bos, 2000).

De zorgvrager is vrij in zijn denken ook al stuiten deze gedachten in tegen de die van de zorgverlener. Grenzen stellen aan het ongepaste gedrag mag men als zorgverlener wel (Bos, 2000).

5.4.2 Confrontatiegesprek

Confrontatiegesprek, aanspreken is moeilijk maar aangesproken worden ook. Personen die met hun ongewenst gedrag worden geconfronteerd kunnen ontstelt reageren. Jijzelf hebt het confrontatiegesprek kunnen voorbereiden doch bij de andere komt dit gesprek plots aan. Het belangrijkste in het confrontatiegesprek is duidelijkheid te scheppen en een voorbeeld te geven van het ongewenste gedrag. Je legt de nadruk op het

ongewenste gedrag en bent duidelijk dat het niet gaat om het individu! Het kan zijn dat de zorgvrager jou beschuldigt van allerlei dingen tijdens het confrontatiegesprek. Hier ga je niet op in. Het gaat over het ongewenste gedrag van de zorgvrager en niet over het gedrag van jou (Bos, 2000).

Wanneer men de zorgvrager op een affectieve manier confronteert erken je zijn rechten en behoeften alsook die van de zorgverlener. Een zorgvrager met dementie met seksuele verlangens naar een zorgverlener mag deze verlangens hebben. Het is aan de zorgverlener om haar positie duidelijk te maken, zonder af te wijzen. Een confrontatiegesprek heeft drie elementen, het uitdrukken van eigen gevoelens, het beschrijven van het gedrag dat problemen oplevert en uitleg over de gevolgen van dat gedrag. Agressie is een heel ander gegeven dan assertiviteit. Assertiviteit vraagt om duidelijkheid en stevigheid. Begrenzen is dan ook meer dan alleen 'nee zeggen'. Het vraagt om de juiste houding en instelling van de zorgverlener. Als de zorgverlener geïrriteerd of boos reageert heeft hij niet assertief of te laat gecommuniceerd. Ook als de expressieve taal van de zorgvrager met dementie lijkt vervallen te zijn, blijven assertieve boodschappen mogelijk. De kordate, zelfverzekerde ik-boodschap wordt begrepen of komt over als de zorgverlener er zelf in gelooft en hij de zorgvrager met dementie niet afwijst, krenkt of vernedert (Verdult, 2003).

5.5 Communicatie naar familieleden en vertrouwenspersonen

Het is frustrerend voor de familie niet kwaad te mogen worden bij het ongepaste gedrag. Men weet vaak geen raad met de verwijten die men op de lippen heeft, het kost moeite om steeds weer oneindig veel geduld te hebben, de 'wijste' te zijn zonder dat men het kan uitpraten met de tegenpartij, de zorgvrager met dementie zelf. "Eens duidelijk de waarheid zeggen" wat een grote opluchting zou betekenen is niet mogelijk. Familieleden moeten zich ook kunnen uitspreken over de storende gedragspatronen die voor hen nieuw zijn, die ze niet begrijpen en waarvoor ze zich schamen tegenover derden. Ze praten ook over de vroegere waarden die zijn weggefallen en het feit dat hun familielid helemaal veranderd is, een vreemde bekende is geworden. Familieleden moeten in goede samenwerking ook kunnen praten met zorgverleners. Er moeten concrete afspraken gemaakt worden die voor alle partijen duidelijk zijn. Zo zullen er gesprekken zijn met het team van zorgverleners over de aanpak van de ouderen. Men moet immers streven naar uniformiteit in verzorging (Plasschaert, 2002). Er zal vrijwel altijd een individueel zorgplan worden opgesteld, waarbij de wensen van de zorgvrager met dementie en zijn of haar partner vooropstaan. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij noodzakelijk (Zwakhalen, 2011).

Een goede voorlichting geven over het verloop van dementie om zo ondersteuning te geven. Omdat beperkte kennis over dementie misverstanden kan geven en een zware impact kan hebben bij de partner, familie. Een goede voorlichting kan de bezorgdheid van de partner en/of de familie verlichten. Ondersteuning bieden met professionele niet oordelende waarden (Cornelison, Gayle, 2012).

Familieleden worden best geïnformeerd over het seksueel ontremd gedrag. Door de naaste familie nauw te betrekken, inspraak geven bij het opstellen van een individueel zorgplan zal de vertrouwensband naar de zorgverleners toe worden versterkt (Wick, Zani, 2005).

6 WAT ZIJN DE MOGELIJKE INTERVENTIES BIJ SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG?

6.1 Interpretatie seksueel ontremd gedrag of niet?

Door het dementeringsproces is ongeremd seksueel gedrag moeilijk bestuurbaar (Mertens, 1996). In de zorgverlening en in heel de samenleving, zijn er meer problemen rond seksueel ongeremd gedrag bij mannen.

Seksueel ongeremd gedrag moet steeds bekeken worden vanuit de belevingswereld van de personen met dementie. Er zijn drie belangrijke hoofdfactoren:

Gedragingen uitsluiten die niets te maken hebben met seksueel ontremd gedrag.

Bijvoorbeeld: Als een persoon met dementie 's nachts gaat dolen en later in het bed van een andere zorgvrager kruipt, dan is dit geen ongepast seksueel gedrag, maar een resultaat van desoriëntatie in plaats.

Als een zorgvrager naakt in de gang gaat, waardoor hij reacties uitlokt van andere zorgvragers, dan moet dit niet altijd seksueel gedrag te zijn. Hij kan zo verward zijn, dat de persoon niet door heeft dat hij niets aan heeft, dit noemt men decorumverlies.

De tweede factor is de belevingswereld van personen met dementie, de wenteling van de levenswijze, kan een rol spelen in de ervaring van seksualiteit. Hierbij wordt gedacht aan de herbeleving van oude seksuele verlangens. Hierbij kan een zorgverlener een andere betekenis geven of hebben dan in de realiteit het geval is.

Derde factor in de belevingswereld is de personaliteit van de persoon met dementie. Seksualiteit behoort meestal tot privé domein. Seksualiteit is heel nauw verbonden met het gevoelsleven. Seksualiteit wordt door Maslow gezien als een essentiële fysiologische behoefte. Echter, als het verlangen onvervuld gebleven is, dan leidt deze teleurstelling tot de vorming van 'valse' behoefte (Stroecken, 2001). Hierbij moeten we dus oppassen voor onjuiste en te snelle verklaring en vooral kijken of er wel melding is van een ontremd seksueel gedrag. Belevingsaspecten met betrekking tot de ziekte van dementie, kunnen tot uitdrukking komen in seksueel gedrag.

6.1.1 Begrenzen van het seksueel overschrijdend gedrag

De eerste stap bij mogelijk seksueel ontremd gedrag is, het gespreksthema bespreekbaar maken op grond van een voortdurende waarneming en door een vertrouwensrelatie op te bouwen. Door het seksueel gedrag te beoordelen vanuit zijn eigen beleving, vanuit zijn eigen belang en gedragsregel. Zodat we verkeerde verklaringen kunnen uitsluiten. Tijdens deze onderhandeling is het belangrijk te zoeken naar verduidelijking voor het gedrag. Het is belangrijk om niet alleen op de indicatie in te gaan (het seksueel gedrag), maar ook trachten acties te vinden om meer zekerheid en geborgenheid te bieden. Het is belangrijk om overreactie te vermijden en het gedrag van de personen met dementie te beoordelen op de juiste inhoud.

Wanneer er melding is van seksueel gedrag dat zich richt op zorgverleners dan is de gepaste aanpak: niet afkeuren van de persoon, maar wel afbakenen van het gedrag. De zorgverlener heeft het recht zijn of haar gevoelsleven te bewaren (Verdult, 2003). Het hanteren van ik-boodschappen is hierbij noodzakelijk van belang in een beperkende houding. (Zie 3.4.1 Ik-boodschap)

6.1.2 Zoeken naar alternatieven

Het zoeken naar alternatieven samen met de zorgvrager en familie, waarin seksuele uitingsvormen kunnen plaatsvinden, die voor de zorgvrager met dementie en de zorgverlener wel aanvaardbaar en haalbaar zijn. Bijvoorbeeld, het toelaten van zelfbevrediging op bepaalde momenten van de dag zou een onderdeel kunnen zijn van een respectvolle begeleiding op dit gebied (Verdult, 2003).

6.1.3 Anamnese maken

Om personen met ontremd seksueel gedrag te begeleiden, moet er een grondige medische anamnese uitgevoerd worden. De arts zal bepalen of een lichamelijk onderzoek en gerichte laboratoriumtesten noodzakelijk zijn. Laboratoriumtests zijn de klinische evaluatie. Anamnese kan volgens een aantal vragen worden gedaan bij familieleden of door zorgverleners. De evaluatie moet erop gericht zijn om het bewijs van langdurige hyperseksuele persoonlijkheidskenmerken te bereiken. Zodat we de juiste behandeling kunnen geven. De geschiedenis moet ook betrekking hebben op specifieke kenmerken van het gedemonstreerde gedrag.

Vragen i.v.m. beoordeling van ongepast seksueel gedrag:

- Hoe ziet het gedrag er uit?
- In welke context gebeurt dit gedrag?
- Hoe vaak uit dit gedrag zich?
- Welke factoren dragen hiertoe bij?
- Is het gedrag een probleem? Voor wie is het een probleem?
- Wat zijn de risico's van het gedrag? Aan wie?

Aangepast van serie en Degano met toestemming van de Koninklijke Academie voor Psychiatrie (Serie, Degano, 2005).

6.1.4 Gedragstherapie

Gedragstherapie omvat het omleiden van het verbale gedrag of indien nodig het fysieke gedrag:

- Hierbij kan men het gedrag identificeren en erop wijzen dat het onaanvaardbaar is.
- Blootstellen en strelen van geslachtsdelen en/of publieke masturbatie kan worden geminimaliseerd door te kiezen voor kledij die sluit op de rug.
- Door afleiding aan te bieden vb. van handmatige activiteiten zoals het vouwen van handdoeken.

6.2 Farmacologische middelen bij seksueel overschrijdend gedrag bij zorgvrager met dementie

Ongewenst seksueel gedrag wordt vaak beter beheerd door niet-farmacologische middelen.

Als gedragsinterventies falen, kan farmacologische therapie noodzakelijk zijn. Deze omvatten geneesmiddelen zoals de nieuwere neuroleptica zoals risperidon, olanzapine, clozapine en quetiapine, en de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI), trazadon, buspiron, lithium en valproaat.

Andere middelen die zijn gebruikt met wisselend succes bij de behandeling van seksuele agressie omvatten androgenen, oestrogenen en gonadotropine releasing hormoon analogen. Seksueel agressief gedrag bij mannen kan behandeld worden met anti-androgenen, oestrogenen en medroxyprogesteronacetaat.

Medroxyprogesterone en verwante hormonale middelen worden gebruikt voor de behandeling van opdringerige ongeremd seksueel gedrag. Een studie wijst er op dat cimetidine, die anti-androgeen eigenschappen heeft, het libido en seksualiteit gedrag verlaagt zonder ernstige bijwerkingen.

Cholinesteraseremmers zijn ook effectief gebleken als een enkele therapie voor dit gedrag (Levisky, 1999).

Patiënten met persistente ongepast seksueel gedrag zouden toevoeging van behandeling met geneesmiddelen nodig hebben. Farmacologische behandelingen moeten worden afgestemd op de individuele patiënt. Het is belangrijk om alle farmacologische behandelingen voor ongepast seksueel gedrag te communiceren met patiënten en familie. Dit voor de mogelijke voordelen en risico's van de behandeling (Guay, 2008).

Medicamenteuze behandelingen moeten worden voorgeschreven als de symptomen niet reageren op meer conservatieve maatregelen, zoals veel medicijnen hebben belangrijke toxiciteit. Artsen moeten een doel symptoom en redelijke tijdlijn selecteren om hen te helpen te peilen of een nieuwe behandeling effectief is gebleken.

6.2.1 Farmacologische behandelingen voorgesteld voor ISB: Evidence ondersteunen van deze medicamenteuze behandelingen.

Antidepressiva

Veel antidepressiva veroorzaken seksuele disfunctie. Hierdoor is het dus niet verrassend dat dit wordt voorgesteld om ongepast seksueel gedrag te behandelen. Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) zijn vaak als eerste aanbevolen om ongepast seksueel gedrag te behandelen omwille van de veiligheid en beperkte nevenwerkingen.

De tricyclische antidepressiva clomipramine is gerapporteerd voor seksueel ongewenst gedrag te verminderen maar omwille van de bijwerkingen wordt het gebruik van tricyclische antidepressiva gewoonlijk afgeraden voor oudere patiënten met dementie vanwege bijwerkingen o.a. risico op vallen, hyponatriëmie (natriumconcentratie lager is dan de referentiewaarden 135 - 145 mmol/L in bloedplasma), breuken.

Hormonale behandelingen

Antiandrogenen: Medroxyprogesteronacetaat is een synthetisch progestageen gebruikt voor verschillende indicaties bij vrouwen en voor het verlagen van de productie van testosteron bij mannen.

Cyproteronacetaat is een synthetisch progestageen en antiandrogeen, dat werkt door het blokkeren van androgene receptoren (Kan Fam Physician, 2013).

Finasteride is een 5 α -reductase remmer en blokkeert omzetting van testosteron in dihydrotestosterone. Dit geneesmiddel wordt vaak gebruikt om goedaardige prostaathyperplasie, en heeft het potentieel om lage libido en erectie dysfunctie. Een case series beschrijft het gebruik van finasteride bij oudere mannen met vasculaire dementie die ongepast seksueel gedrag vertonen en die met finasteride behandeld werden. Het ongewenst seksueel gedrag verdween bij 6 van de 11 mannen binnen 8 weken van de behandeling.

Oestrogenen verlagen de secretie van luteïniserend hormoon en follikelstimulerend hormoon. Hierbij verlaagt de testosteronproductie en vermindert het libido. Lothstein, et al., beschrijven het succesvolle gebruik van oestrogeen tot seksuele ontremming bij oudere patiënten die niet reageerden op een behandeling met SSRI's. Er werden geen bijwerkingen gemeld.

Een andere zaak die beschreven is over het dagelijks gebruik van 1 mg van het synthetische oestrogeen diethylstilbestrol, zou de seksuele agressie bij oudere personen met dementie verminderen.

Leuprolide is een gonadotropine releasing hormoon analoog dat de secretie van luteïniserend hormoon en follikelstimulerend hormoon vermindert en leidt tot uiteindelijke onderdrukking van het libido.

Antipsychotica

Een aantal RCT's (Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep) hebben antipsychotica geëvalueerd om gedragsproblemen, symptomen te behandelen bij dementie, maar geen van deze studies zijn specifiek gericht op seksueel gedrag. De voordelen van antipsychotica zijn bescheiden en vaak gecompenseerd door ernstige nadelige effecten, zoals sedatie, de verslechtering van de mobiliteit, valgevaar en een verhoogde mortaliteit.

Anticonvulsiva

Gabapentine kan het libido verminderen, anorgasmie en erectiele dysfunctie. Meldingen hebben beschreven dat er vermindert seksueel gedrag is bij patiënten met dementie die werden behandeld met gabapentine. Echter, de medische literatuur over gabapentine is complex en sceptisch over de effectiviteit van deze medicatie. Het gebruik van Carbamazepine is in verband gebracht met een lager testosterongehalte bij jonge vrouwen met epilepsie, case rapporten beschrijven het gebruik ervan als een optie voor seksuele ontremming bij dementie. Alle anticonvulsiva kunnen een depressie induceren en suïcidale gedachten. Om deze redenen worden anticonvulsiva meestal gereserveerd voor ongepast seksueel gedrag die niet reageert op andere behandelingen.

Cholinesteraseremmers

Studies, waarbij het effect van cholinesteraseremmers op personen met dementie en ongeremd seksueel gedrag vertonen geven tegenstrijdige resultaten.

Diverse behandelingen en combinatietherapie

Een verscheidenheid van andere geneesmiddelen zijn, met de meeste anti-androgeen effect. Deze middelen omvatten H₂ receptor blokker cimetidine, β -blokkers (bijvoorbeeld propranolol, pindolol), ketoconazol en spironolacton.

Combinatietherapie is gesuggereerd voor hardnekkige gedragsproblemen. Artsen moeten voorzichtig zijn bij het gebruik van combinaties, met name degenen die carbamazepine of cimetidine bevatten, aangezien deze geneesmiddelen betrokken zijn bij een aantal klinisch belangrijke geneesmiddelinteracties (Gupta, N., Joller, P., Seitz, D.P., 2013).

Tabel 1

Farmacologische behandelingen voorgesteld voor ISB: Evidence ondersteunen van deze medicamenteuze behandelingen.

Medicatie KLASSE	Medicatie (formulering en dosering)	Mogelijke bijwerkingen
Antidepressiva	SSRI (20 mg paroxetine oraal eenmaal daags 20 mg citalopram oraal eenmaal daags)	Misselijkheid, tremor, hyponatriëmie
	15-30 mg mirtazapine nightly	Sedatie, gewichtstoename, myelosuppressie
	150 mg oraal eenmaal daags clomipramine	Orthostatische hypotensie, urineretentie, obstipatie, verergering cognitie
	100-500 mg oraal trazodon eenmaal daags	Sedatie, orthostatische hypotensie, priapisme
Anti-androgenen	100-500 mg IM medroxyprogesteronacetaat wekelijkse	Vermoeidheid, gewichtstoename, warm of koud flitsen, depressie, verhoogde bloedglucose, slapeloosheid
	10 mg cyproteronacetaat oraal eenmaal daags	Gynaecomastie, galactorroe, verslechtering van diabetes controle, depressie, osteoporose, bijnierinsufficiëntie op terugtrekking, hepatotoxiciteit (leverenzymen te worden gecontroleerd als het wordt gebruikt)
	5 mg finasteride oraal eenmaal daags	Gynaecomastie, pijn aan de testis, depressie
Oestrogenen	0.625 mg oraal geconjugeerde oestrogenen eenmaal daags	Gewichtstoename, depressie, gynaecomastie, veneuze trombo-embolie
	0.05-0.1 mg / d oestrogeen pleister	
	1 mg eenmaal daags oraal diethylstilbestrol	
GnRH-analogen	7,5 mg IM leuprolide maandelijks	Gewichtstoename, pijn in de botten, osteoporose, hypofyse

Medicatie KLASSE	Medicatie (formulering en dosering)	Mogelijke bijwerkingen
		apoplexie (zeldzaam)
Antipsychotica	1.5-3 mg oraal haloperidol eenmaal daags	Sedatie, extrapiramidale symptomen, valt, gewichtstoename, ventriculaire aritmie
	25 mg quetiapine oraal eenmaal daags	
Anti-epileptica	100-300 mg oraal gabapentine 3 maal daags	Sedatie, depressie, ataxie, tremor
	200 mg oraal eenmaal daags carbamazepine	Sedatie, depressie, motor ataxie, hyponatriëmie, Stevens-Johnson syndroom, agranulocytose, hepatotoxiciteit gebruik van carbamazepine vereist bewaking met regelmatige laboratoriumtests
Cholinesteraseremmers	1,5-6 mg rivastigmine tweemaal daags	Misselijkheid, urine-incontinentie, syncope
	5-10 mg donepezil oraal eenmaal daags	
H 2 receptor blokkers	400-1600 mg / d orale cimetidine (nightly of verdeelde doses, bijvoorbeeld, 400 mg tweemaal daags)	Verslechtering van cognitie, duizeligheid, multiple geneesmiddeleninteracties
β-blokkers	5-20 mg oraal pindolol tweemaal daags	Hypotensie, vermoeidheid, bradycardie, bronchospasme
	40-80 mg oraal propranolol tweemaal daags	
Antimycotica	100-200 mg ketoconazol eenmaal daags	Sedatie, hoofdpijn, huiduitslag, lichtgevoeligheid, gastro-intestinale klachten, pruritus, hepatotoxiciteit
Kaliumsparende diuretica	12.5 mg spironolacton eenmaal daags	Hyperkaliëmie, gynaecomastie, verandering in haargroei, bovenste gastro-intestinale ulcera, agranulocytose

- GnRH-gonadotrofine-releasing hormonen, IM-intramusculaire, ISB-ongepast seksueel gedrag, SSRI-selectieve serotonine heropname remmer.

6.3 Belangrijke punten

Bij het evalueren van ongepast seksueel gedrag is voorzichtigheid geboden om ervoor te zorgen dat de gebeurtenissen niet juist zijn waargenomen, en dat de behandeling in feite gerechtvaardigd is. Een eerste zorgvuldige evaluatie en niet-medicamenteuze behandelingen moeten pogingen om gedrag met medicijnen te behandelen voorafgaan. Geen gerandomiseerde gecontroleerde studies van behandelingen van dementie gerelateerde ongepast seksueel gedrag zijn gemeld. Bij gebruik van een farmacologische behandeling, moet er gecommuniceerd worden over de voor- en nadelen samen met de zorgverleners, arts en familie (Sudeep, Gill, 2013).

7 KRITISCHE DISCUSSIE

De zoektocht naar de definitie van seksueel overschrijdend gedrag werd bemoeilijkt vanwege de verschillende benamingen. Enkele voorbeelden zijn: hyperseksualiteit, onaangepast seksueel gedrag, grensoverschrijdend seksueel gedrag, seksueel onaanvaardbaar gedrag,... Een verscheidenheid aan definities met echter veel gemeenschappelijke kenmerken. Door de vele synoniemen in de literatuur voor seksueel onaangepast gedrag, beschrijven ze toch allen dat het gedrag verbaal of fysiek dat onaanvaardbaar en ongepast is in de sociale context waarin deze zich stelt.

Bij heel dit werk zijn we vertrokken van hoe we een oplossing kunnen aanbieden bij seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie. We zijn echter tot de conclusie gekomen dat het probleem veel ruimer is dan enkel het probleemgedrag en er geen pasklare oplossing voor is. Daarom is verder onderzoek gewenst.

Het probleem ligt soms meer bij zorgverlener dan bij de zorgvrager met dementie, het is meestal generatie- en cultuurgebonden. Op vlak van communicatie bij seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie, is niks terug te vinden over hoe de communicatie naar de medezorgvragers met dementie verloopt die tevens met het seksueel overschrijdend gedrag in contact komen. Binnenin het zorgverlenende team kan er ook grote onenigheid ontstaan over de interpretatie van het seksueel overschrijdend gedrag. De ene zorgverlener accepteert het seksueel overschrijdend gedrag al meer dan de ander. De eigen draagkracht en persoonlijke grens bepaalt hoe we omgaan met het gedrag. Wat als het team zorgverleners niet goed communiceert? Het blijft een ethisch gevoelig onderwerp en ouderenseksualiteit heeft te kampen met stereotypen en vooroordelen. Dit oordeel geldt niet enkel voor de zorgverlener, maar bij elke vorm van intimiteit kan de zorgvrager hierin een seksuele bevestiging ervaren. Er zullen ook families of naasten zijn die het niet oké vinden of erdoor gefrustreerd zijn wanneer men hen erover inlicht, de communicatie is dan moeilijk maar nog belangrijker. Misschien zijn er zelfs families die de zorgverleners zelf verantwoordelijk achten, zeker als ze vinden dat hun ouder vb. het slachtoffer is van een andere zorgvrager met dementie die (al dan niet objectief) over-seksueel is.

Verder ondervonden we dat enkele definities op verschillende manieren werden beschreven zoals intimiteit en seksualiteit. Vandaar dat we de door ons gebruikte definitie hebben beschreven in dit werkstuk. Het opzoeken van de artikels die jonger waren dan 10 jaar verliep moeizaam. Er waren veel artikels, maar ouder dan 10 jaar, toch hebben we met de gevonden artikels een thesis kunnen samenstellen. Er is ook een duidelijke attitudeverandering van de seksualiteitsbeleving bij ouderen. In het verleden is ouderdom steeds geassocieerd geworden met het verdwijnen van de seksualiteitsbeleving. Dit ging zover dat in een artikel van Hiseh (1995) is gebleken dat het niet aanvaardbaar was dat ouderen een seksuele beleving hadden. Toch kunnen we de laatste jaren over een attitudeverandering spreken naar ouderen en seksualiteit (Chin 2004, Gott et al. 2004). Doch blijft het echter een hekel punt bij ouderen in woonzorgcentra en al helemaal als deze ouderen een cognitieve achteruitgang hebben (bv. dementie).

Omtrent de diagnosestelling zijn er nog veel onduidelijkheden. Op welke manier kan men het probleem op een realistische betrouwbare manier vaststellen, zijn er hiervoor wetenschappelijk onderzochte hulpmiddelen? Enkele meetschalen worden vergeleken op basis van beschikbaarheid, effectiviteit en bruikbaarheid. Het blijft echter noodzakelijk om bijkomende informatie te verschaffen. Een meetschaal is een hulpmiddel en mag niet als ultieme indicatie dienen.

Duidelijk waren wel de algemene richtlijnen en behandelingen. Een niet medicamenteuze aanpak zoals duidelijk grenzen stellen en scholing over hoe ongepast gedrag terecht te wijzen, tijdig alarmeren en melden in patiëntendossier, op niveau van

de zorgvrager handelen en aangepaste kledij zouden de eerste interventies moeten zijn (Robinson et al., 2003; Series et al. 2005; Coher- Mansfield 2001; Thomas more Mechelen 2013). Pas als deze aanpak onvoldoende resultaat geeft wordt de medicamenteuze therapie opgestart. Waarbij ook een watervalstelsel wordt gehanteerd. Eerst SSRI's daarna de klassieke en atypische antipsychotica om dan na een zoektocht over te gaan op de meer kostelijke therapie d.m.v. aanpassen van de hormonen (Cross et al., 2013).

Seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie dient meer besproken te worden én het taboe doorbroken om meer houvast te bieden. Dit kan door middel van bijscholingen en in de opleiding te integreren om meer openheid rond het onderwerp seksualiteit te bieden. Het lijkt ons waardevol om de kennis van de zorgverlener te verruimen. Om zo een plan van aanpak aan te bieden waar toch ruimte blijft voor ieders persoonlijkheid zowel van zorgverlener als zorgvrager. Iedere zorgvrager met dementie is anders, daarom vereist het plan van aanpak en zeker een individuele benadering.

8 BESLUIT

Uit de studies is gebleken dat het onderwerp seksualiteit bespreekbaar moet worden gemaakt en zeker als het over seksueel ontremd gedrag gaat.

Er niet over praten kan immers het probleem vergroten. Dit biedt voor niemand een oplossing en heeft een vermindering van de zorg tot gevolg. Het seksueel overschrijdend gedrag kan beïnvloed worden door ieders connotatie. Professionele zorg betekent dat het gedrag wordt beoordeeld en aangepakt, niet het individu. Belangrijk is dat er binnen het team een duidelijke open communicatie is waarin er begrip en steun voor elkaar wordt getoond. Het uitwisselen van ervaringen op een open en respectvolle manier tijdens een teamoverleg is noodzakelijk indien men geconfronteerd wordt met seksueel overschrijdend gedrag. Hierbij wordt er best gecommuniceerd vanuit de ik-boodschap, zodat het ongewenste gedrag duidelijk wordt benoemd. Desnoods wordt de boodschap herhaald waarbij het gebruik van non verbale taal ondersteunend kan werken. Om verdere escalatie van dit gedrag te voorkomen is het erg belangrijk om de boodschap tijdig over te brengen. Het feit dat het hier om ongewenst gedrag gaat geeft weinig ruimte voor discussie hieromtrent. Ook bij de families is er vaak sprake van frustraties als gevolg van dit seksueel overschrijdend gedrag. Om hen te ondersteunen in hun verwerkingsproces en een betere vertrouwensband op te bouwen is het belangrijk dat ook zij op een respectvolle manier hun verhaal kwijt kunnen. Als het gedrag met de familie besproken kan worden biedt dit een kans om hen mee te betrekken in de opstelling van een individuele zorgplanning. Belangrijk hierbij is te weten wat het inzicht van de familie is, in het dementieproces. Hierbij aanvullend een open en duidelijke communicatie de bezorgdheid verlichten door een goede voorlichting te bieden. Hieruit kan je besluiten dat een goede communicatie noodzakelijk is in het omgaan met personen met dementie die overschrijdend seksueel gedrag vertonen.

Uit onderzoek blijkt dat omgaan met dit gedrag door zorgverleners en familie als moeilijk wordt ervaren. Dit omwille van de vele aspecten die erbij betrokken zijn, zowel het individu met zijn autonomie als de gemeenschap waarin hij verblijft. De zorgverlener heeft vaak het gevoel en de intentie op te treden als de beschermer van de zorgvrager, hierdoor wordt vaak de zorgvrager zijn eigen wil omzeild. Ook het verlies van privacy gaat gepaard met een opname, de maatschappelijke visie op ouderen en seksualiteit vormen een zware ballast in de beoordeling van dergelijk gedrag. De zorgverlener draagt hierin een dubbele verantwoordelijkheid. Zij dienen een omgeving te creëren waarin de persoon als individu met zijn eigen persoonlijkheid aan bod komt en zij dienen tegelijkertijd de emotionele, fysieke en seksuele veiligheid van zorgvrager én zorgverlener te respecteren. Tot op heden wordt nog vaak de wil van het individu en de beleving met betrekking op intimiteit en seksualiteit genegeerd als het een persoon met dementie betreft. Hoewel autonomie een belangrijk aspect is in de zorg, blijkt toch dat bij de progressieve achteruitgang van de cognitieve functies die kenmerkend zijn bij dementie, de autonomie van de persoon mee verdwijnt.

Er zijn tot nu toe in de behandeling van seksueel onaangepast gedrag nog geen vastomlijnde therapieën en er is nog veel onduidelijkheid over wat het beste is. Er is duidelijk nood aan een methode waarbij er respect is voor de zorgvrager zijn wensen en noden, en waarin ook de zorgverlener en familie betrokken worden. Het effect van de gebruikte niet- medicamenteuze en farmacologische behandelingen wordt slechts zwak bewezen in de literatuur. Belangrijk in de behandeling, is dat het gebeurt op maat van de individuele zorgvrager. Eerst gebruik makend van niet farmacologische interventies. Deze farmacologische interventies hebben slechts een beperkte werkzaamheid, bijvoorbeeld SSRI's, of potentieel ernstige bijwerkingen, bijvoorbeeld antipsychotica, deze behandelingen gebeuren steeds in samenspraak en op voorschrift van de arts. Maar alvorens over te gaan op de behandeling dient men er zeker van te zijn dat het gestelde gedrag wel echt seksueel overschrijdend gedrag betreft. Hiervoor

is zoals eerder vermeld een goede communicatie in het team onderling en met de familie noodzakelijk.

Om uit te sluiten dat het probleem niet ligt in de beoordeling van het individu maar wel in diens gedrag kan men gebruik maken van meetschalen. Als men rekening houdt met de bruikbaarheid, betrouwbaarheid en gerichtheid is de SASBA hier een bruikbaar meetinstrument. Het beantwoordt aan de doelgroep, omdat dementie een gevolg is van een progressief verlopend hersenletsel. In tegenstelling tot IPPO waar dit te observeren gedrag deel uitmaakt van een subschaal en minder specifiek gericht is op ontremd seksueel gedrag dat hier slechts een onderdeel van uitmaakt. Deze meetschaal is ook ontwikkeld voor het gebruik in intramurale psychiatrische settings wat toch een andere doelgroep is dan personen met het dementieel syndroom. Je kan jezelf hier de vraag stellen: "Wat met Korsakov dementie en fronto-temporale dementie die vaak gedragsstoornissen vertonen die voornamelijk in de psychiatrie behandeld worden?" In de psychogerontologie zijn er vaak ook patiënten aanwezig die hier opgenomen zijn wegens gedrag als gevolg van het dementieel proces. Ook hier wordt de SASBA al vaak gehanteerd. Bij deze doelgroep is het aangewezen gebruik te maken van observatieschalen. Omdat bij een vraagstelling aan de zorgvrager met dementie, de betrouwbaarheid niet groot is als gevolg van het dementieel syndroom. Het zijn beiden wel observatieschalen waarbij het erg belangrijk is dat iedereen die de schaal gebruikt dezelfde maatstaven handhaaft. Bij de SASBA wordt dit mogelijk gemaakt door het aanwezig zijn van een geschreven handleiding en mogelijke videosimulaties. Wat het gebruik en de betrouwbaarheid ervan enkel kan verhogen. De gebruikers van deze meetschaal dienen hiervoor wel te zijn opgeleid. In de praktijk levert dit vaak problemen op. Dit omwille van budgettaire redenen, genoeg geschoold personeel en tijdsgebrek. Verder is deze meetschaal beschikbaar in de Nederlandstalige versie en is de betrouwbaarheid ervan aangetoond. De SASBA is eenvoudig in gebruik omdat de vraagstelling hierin eenvoudig en duidelijk blijft en de beoordeling in gradaties is. Ook de duurtijd is beperkt en laat toe om continu te observeren. Het betreft een periode die beoordeeld wordt en geen momentopname wat een beter algemeen overzicht van het probleem geeft. Ook de reactie van de omgeving, het personeel wordt hierin betrokken wat een reflectie mogelijk maakt en ook kan helpen bij de behandeling, het plan van aanpak.

Als dit allemaal in acht genomen wordt kan gesteld worden dat het vooral door middel van een goede communicatie op elk vlak, respect voor de patiënt als individu en een goede kennis van het dementieel proces men kan komen tot een individueel zorgtraject. Het gebruik van meetschalen kan de communicatie ondersteunen en de aandacht helpen te vestigen op het gedrag en minder op het individu. Slechts als er op de hele lijn overeengekomen kan worden dat een behandeling noodzakelijk is kan men deze op maat van de patiënt opstarten. Maar in de praktijk loopt het vaak nog mis op één of meerdere van deze vlakken.

Daardoor stellen wij dat er vormingen noodzakelijk zijn zowel voor zorgverleners als familie. Deze kunnen deels dezelfde inhoud bevatten maar hebben elk hun eigen aandachtspunten. Bij familie is het erg belangrijk dat zij leren inzicht krijgen in het dementieproces en zo het gedrag kunnen plaatsen. Bij zorgverleners is het vooral belangrijk dat zij leren over dit gedrag op eenzelfde open manier te communiceren, dat zij elkaar leren begrijpen en ondersteunen. Hierbij kunnen meetschalen een hulpmiddel zijn. Een correct gebruik van de meetschaal is noodzakelijk om het gebruik hiervan betrouwbaar te maken, dit kan ook aangeleerd worden tijdens een vorming. Enkel als er voldoende kennis is, kan er gezamenlijk tot een behandelplan worden gekomen zodat een optimale zorg ten gunste van de patiënt zelf kan worden opgemaakt.

9 DEEL 2: PRAKTIJKDEEL

9.1 INLEIDING

Er wordt te weinig gepraat over seksualiteit bij ouderen. Het begint al met de vraag wat we onder seksualiteit verstaan, geslachtsgemeenschap, intimiteit, liefde, vriendschap, gezellig samenzijn,... Ook al is het moeilijk om mee om te gaan, we kunnen het niet langer ontkennen.

50 tot 80% van de ouderen blijven seksueel actief en dit stopt niet wanneer deze personen in een zorgafhankelijke positie terecht komen (Abdo, C.H.N.,2013). De reactie van verpleegkundigen, zorgkundigen en directie over seksualiteit heeft een grote invloed over hoe seksualiteit kan en mag beleefd worden. Het is voornamelijk bij de zorgvrager met dementie dat er beslissingen worden genomen in plaats van ... en dat er vaak over probleemgedrag wordt gepraat als deze nog seksueel actief wil zijn.

Stilstaan bij je eigen houding kan ervoor zorgen dat we een tussenweg kunnen zoeken bij wat de oudere zelf wil en die aansluit bij onze visie over seksualiteit en ouderen. Dit kan verwezenlijkt worden door seksualiteit en intimiteit in de ouderenzorg meer bespreekbaar te maken.

Deze bijscholing wil geen antwoorden geven, maar veeleer een aanzet tot sensibilisering. Het gaat immers over een ethisch-filosofische kwestie waar geen goed of fout antwoord is. Belangrijk is te onderzoeken vanuit welke waarden we werken bij de zorgvrager met dementie en hoe we deze kunnen vertalen naar waarden over intimiteit en seksualiteit bij dezen.

9.2 Methodologie

Aan de hand van het theoretische deel van deze bachelorproef, hebben we besloten om een bijscholing te geven over het thema: Seksueel overschrijdend gedrag bij personen met dementie. Hierbij werden de belangrijkste hoofdstukken uit het theoretische deel genomen. Aan de hand hiervan is een PowerPoint (bijlage 2) voorstelling gemaakt. Om deze een beetje op te smukken hebben we foto's van het internet gehaald via google web afbeeldingen. Op het einde van de bijscholing krijgt iedereen een kaart met bruikbare tips van de bijscholing (bijlage 3).

9.3 Vraag/doelstelling van het praktijkdeel

De bijscholing is bedoeld voor de professionele zorgverlener. Onze doelstelling hierbij is:

- De professionele zorgverlener is zich bewust dat mensen verschillende grenzen kunnen hebben.
- De professionele zorgverlener moet weten dat het belangrijk is om correct te communiceren over de grenzen van seksueel overschrijdend gedrag. Deze communicatie gebeurt naar andere professionele zorgverleners, persoon met dementie die seksueel overschrijdend gedrag vertoont én naar zijn familie.
- De professionele zorgverlener herkent situaties waarin grenzen worden overschreden.
- De professionele zorgverlener moet weten dat het belangrijk is om correct grenzen te stellen en deze tijdig aan te geven.

9.4 Inhoud van de bijscholing

9.4.1 Inleiding

Om een idee te geven over de seksuele activiteit van de 65 plussers hebben we enkele feiten opgesomd.

- Zo is 50 tot 80% van de 65 plussers nog seksueel actief (Abdo, C.H.N.,2013).
- Zes op de tien Nederlanders is van mening dat ouderen nog nauwelijks seks hebben.
- Seksueel overschrijdend gedrag is aanwezig bij circa één op drie van de personen met dementie.
- Fysiek contact is soms de enige manier van communicatie bij dementie.

Het wordt tijd om de taboes rond ouderen en seksualiteit te doorbreken.

Uit onderzoek is gebleken dat het seksueel onaangepaste gedrag weinig voorkomt slechts 1/3 van alle probleemgedrag is seksueel onaangepast gedrag. Toch heeft het een zeer grote impact op het team, je werktevredenheid en omgang met de zorgvrager. Het blijkt moeilijk te zijn om een visie te ontwikkelen bij seksualiteit en ouderen die rekening houdt met hun beleving. Nog meer is dit het geval bij personen met dementie, hun seksuele gedrag wordt al heel snel bestempeld als onaangepast – of probleemgedrag en daardoor ook wordt het op die wijze benaderd. Heel vaak wordt bij de beoordeling betreffende het seksuele gedrag ook de intimiteit ter discussie gesteld en hoe staat het gesteld met autonomie en wilsbekwaamheid? Kan deze in dergelijke basisbehoefte zoals intimiteit en seksualiteit niet blijven bestaan?

Uit onderzoek is gebleken dat er weinig kennis is over seksualiteit bij ouderen, het is een vergeten onderwerp, ook in onze opleiding komt dit niet naar voor. Al deze onduidelijkheden zorgen voor schaamte en zal ook niet kunnen leiden tot een eenduidige aanpak. De vraag naar een protocol of een handleiding is dan ook groot.

Deze bijscholing zal echter geen antwoorden geven, hoe kan een protocol werken bij een ethisch filosofische kwestie waar er geen rekening wordt gehouden met de zorgvrager, hulpverlener en familie?

Het doel van deze bijscholing is immers dat we stilstaan bij onze eigen houding.

Vanuit welke waarden werken we bij de zorgvrager met dementie?

Hoe we deze kunnen vertalen naar waarden over intimiteit en seksualiteit bij de zorgvrager met dementie?

Kunnen we het gedrag verklaren vanuit zijn ziekteproces?

Wat is onze bijdrage bij het stellen van dergelijk gedrag?

Er worden twee situaties getoond om interactie te maken met het doelpubliek. En om discussie op gang te trekken.

Situatie 1: Als een persoon met dementie, 's nachts naakt gaat dolen en later in het bed van een andere zorgvrager kruipt. Is dit seksueel overschrijdend of niet?

Situatie 2: Een zorgvrager met dementie zit te masturberen in de leefruimte in het bijzijn van andere zorgvragers met dementie. Is dit overschrijdend of niet?

Wat is jullie eerste reactie als je dit hoort 's morgens op briefing?

Hoe ga je hierop reageren?

Wat zijn u handelingen?

Ga je oordelen over 1 situatie?

Verdient dit verder onderzoek? En hoe?

Hoe is dit gedrag beïnvloed door het ziekteproces? Hebben wij ons aandeel?

9.4.2 Wat is onaangepast, seksueel overschrijdend gedrag?

Hoe herken je seksueel ontreemd gedrag?

Wat de ene als ontreemd en ongepast ervaart, ervaart de andere als een sterke vraag om aandacht, intimiteit, een uiting van gevoelens op een voor die persoon kenmerkende manier. Het zou helpen als we allemaal over hetzelfde zouden spreken. Een definitie kan ons helpen in het benoemen van dit gedrag en geeft ons een leidraad om onderscheid te kunnen maken.

Definitie seksueel overschrijdend gedrag:

Heeft betrekking op verbale of andere gedragsuitingen van seksuele aard, die onaangepast zijn in de sociale context van dat moment. (Hayward, Robertson, Knight, 2013).

Er zijn vele definities beschikbaar, deze definitie is duidelijk en gemakkelijk toepasbaar. Het is echter een valstrik om enkel de definitie te gebruiken bij het beoordelen van seksueel overschrijdend gedrag. Zien we de persoon achter dit gedrag? Welke omgevingsfactoren leiden mogelijk tot dit gedrag? Dienen we het gedrag verder te onderzoeken?

Gedrag begrijpen wil niet zeggen dat we het gedrag accepteren, het kan ons echter wel helpen om de persoon achter het gedrag te aanvaarden en ook op deze wijze te handelen.

9.4.3 Welk meetinstrument kan er gebruikt worden bij seksueel overschrijdend gedrag?

Om de zorgverlener een hulpmiddel te bieden bij de rapportering van dit gedrag waarbij een voor iedereen duidelijke communicatie wordt gehanteerd, zijn er meetschalen ontwikkeld.

Waarom wordt een meetinstrument gehanteerd bij dit probleem,

- Om de probleemstelling te ondersteunen, gedrag te objectiveren door het in maten en getallen uit te drukken.
- Standaardisatie en een heldere communicatie bereiken.
- Het wordt mogelijk om kwaliteitszorg te evalueren en in kaart te brengen.
- Onderliggende problematiek kan op deze manier aan de oppervlakte komen.
- Aan de hand van de resultaten kan men gericht een persoonlijk zorgplan opstellen.

Aan welke voorwaarden moet een meetinstrument voldoen?

- Geschikt voor de patiëntengroep, rekening houdend met hun specifieke kenmerken en beperkingen.
- De hanteerbaarheid van het instrument, gebruiksgemak, taal, tijdsduur van afname.
- Beschikbaarheid, kostprijs, taal.

Na het uitvoeren van een literatuurstudie is gebleken dat St. Andrews Sexual Behaviour Assessment, kortgezegd de SASBA, een geschikte meetschaal is hier te gebruiken. Ze voldoet aan de verschillende voorwaarden waaraan een geschikte meetschaal moet voldoen.

- Wetenschappelijk bewezen betrouwbaar
- Handleiding, opleiding beschikbaar
- Nederlandstalig beschikbaar
- Gericht op dit probleem
- Observatieschaal
- Opgesteld om gedrag te beoordelen bij personen met een progressieve hersenaandoening.

Deze schaal is onderverdeeld in verschillende aspecten:

- Verbale opmerkingen
- Fysiek gedrag zonder contactaanrakingen
- Fysieke blootstelling
- Aanrakingen

Bij elk aspect komen 4 deelvragen aan bod. Er wordt ook navraag gedaan tot de frequentie. Indien blijkt dat er zich een mogelijk probleemgedrag zich manifesteert wordt er verder bevraagd over de gevolgen en reacties voor en van de omgeving. Er wordt ook aandacht besteed aan het verleden. Dit is bij dementie een zeker aandachtspunt om gedrag te kunnen verklaren en plaatsen. Bij de SASBA wordt er gebruik gemaakt van gesloten duidelijke vragen met een multiple choice systeem, die duidelijkheid schept en zorgt voor uniformiteit, Gedrag kan op deze manier tamelijk objectief worden beschreven. Er blijft ook nog open ruimte voor opmerkingen en aanvullingen.

Deze schaal is beschikbaar via

<http://www.standrewshealthcare.co.uk/forensic-secure-services>

De Nederlandstalige versie gevonden op internet

<http://www.dementie.be/actueel/SiteFiles/scriptie%20SVHOOREN.pdf>

Het verschil ligt in het gebruik. De Nederlandstalige is echt een vragenlijst. De originele, Engelstalige is een observatielijst met een te gebruiken code die duidelijk omschreven is.

9.4.4 Hoe gebeurt communicatie bij seksueel overschrijdend gedrag?

Praten we wel over hetzelfde?

Iedereen heeft een eigen referentiekader dit bevat uw waarden, normen, kennis, vaardigheden, ervaringen,... Het referentiekader zorgt ervoor hoe iemand op situaties reageert. Mede door de persoonlijke gevoelswaarde, connotatie die men aan een situatie geeft. Voor iedereen is deze connotatie anders en toch wordt er dikwijls vanuit gegaan dezelfde connotatie te hebben, hetzelfde te voelen bij een situatie... Dit kan voor ontgoocheling, onbegrip maar ook voor misverstanden zorgen (Heemelaar, 2008; Verdult, 2003; Diesfeldt, 2009). Zeker op vlak van seksualiteit! Een voorbeeld:

- Verpleegkundige 1 gaat iemand verzorgen en net wanneer ze haar rug draait voelt ze een tik op haar bips. "Potverdikke, jij oude snoeper." reageert ze.
- De volgende dag gaat verpleegkundige 2 dezelfde verzorging uitvoeren en krijgt ook een tik op haar bips. Zij zegt niks, maar denkt: BAH, die ouwe viezerik, wat denkt die nu wel? Heb ik iets verkeerd gedaan of gezegd??? Sterker nog, ze ontwijkt zijn beloproepen die dag. (situatie begint te escaleren)

Dezelfde situatie tweemaal anders beleefd, tweemaal anders gereageerd.

Steun en begrip van collega's

Een goed team geeft begrip en steun aan elkaar. Men mag anders denken, maar wel begrip tonen en mekaar steunen. Op een respectvolle manier met elkaar omgaan in een veilige omgeving waarin men over gevoelens kan praten (Heemelaar, 2008).

Communicatie tijdens briefing

Even terug naar de 2 verpleegkundigen met hun verschillende reacties.

Verpleegkundige 2 zit erg verveeld met de situatie en besluit tijdens de koffiepauze het in de groep te gooien. Ze begint met haar verhaal: "Zeg, die van kamer 1, gaf me een

tik op m'n bips na de verzorging." Vooraleer ze verder kan gaan antwoord verpleegkundige 2: " Oh, dat heeft die bij mij ook al gedaan. Die zal vinden dat gij ook een schoon poepke hebt. Over dat gesproken, in 't shoppingcenter heb ik een broek gezien waar ik kei mooi in pas,..." En we zijn vertrokken verpleegkundige 2 blijft met haar probleem zitten wat intussen een privéprobleem is geworden (Bos, 2000). Daarom hoort een probleem in een briefing thuis. Zodat er kan worden gebrainstormd over hoe aanpakken? Uitwisselen van ervaringen: "Wat heb je dan gezegd? Bij mij is het ooit ook voorgevallen ik heb toen dat..."

Communiceren naar de zorgvrager met ik-boodschap

Het is belangrijk om grenzen te stellen bij confrontatie met seksueel overschrijdend gedrag.

- Duidelijk stellen welk gedrag niet kan en welk gevoel dit gedrag bij je geeft. "Ik vind het niet leuk dat je op mijn bips tikt." Hier wordt verdere escalatie voorkomen door de kordate beslissing van de ik-boodschap.
- Blijven herhalen indien nodig en zeggen wat het gevolg is vb. "Anders stop ik met de verzorging" hierbij ondersteun je met non verbale signalen. Zeker niet met een sorry want jij deed niks verkeerd (Bos, 2000; Verdult, 2003).
- Je wijst enkel het gedrag af en niet de persoon.
- Geen ruzie maken of een hele uitleg geven om je gelijk te halen.

De zorgvrager is vrij in zijn denken ook al stuiten deze gedachten tegen de uwe.

Grenzen stellen aan het ongepast gedrag mag men als zorgvrager wel (Bos, 2000).

Confrontatiegesprek

Het confrontatiegesprek dient om duidelijkheid te scheppen en hierbij geef je net als de ik-boodschap een voorbeeld van het ongewenste gedrag. Een confrontatiegesprek heeft drie elementen:

- Uitdrukken van eigen gevoelens.
- Beschrijven van het gedrag wat het probleem oplevert.
- Uitleg over de gevolgen van dat gedrag.

(Bos, 2000)

Ook als de expressieve taal van de zorgvrager met dementie vervallen lijkt, blijft de kordate, zelfverzekerde ik boodschap begrepen. Of zal in ieder geval overkomen als je er als professionele zorgverlener zelf in gelooft. Op voorwaarde dat je de zorgvrager met dementie niet vernederd of krenkt (Verdult, 2003).

Communicatie naar familie

Voor de familie is het frustrerend niet kwaad te mogen worden bij het ongepaste gedrag. Steeds geduld te moeten hebben en de wijste te zijn. Familieleden moeten zich ook kunnen uitspreken over de storende gedragspatronen die voor hen nieuw zijn, die ze niet begrijpen, waarvoor ze zich schamen tegenover anderen (Zwakhalen, 2011). Familieleden moeten in goede samenwerking ook kunnen praten met de professionele zorgverleners. Concreten afspraken maken die duidelijk zijn voor alle partijen. Men moet immers streven naar uniformiteit in de verzorging (Plasschaert, 2002).

- Een goede voorlichting geven over het verloop van dementie om zo de ondersteuning te geven. Omdat beperkte kennis over dementie misverstanden kan geven en een zware impact kan hebben bij de familie (Cornelison, 2012).
- De familie informeren over het seksueel overschrijdend gedrag. En deze nauw betrekken bij het zorgplan dit zal de vertrouwensband naar de zorgverleners versterken (Wick, Zani, 2005).

9.4.5 Wat zijn mogelijke interventies bij seksueel overschrijdend gedrag?

Begrenzen van seksueel overschrijdend gedrag.

De eerste stap bij mogelijk seksueel ontremd gedrag is, het gespreksthema bespreekbaar maken op grond van een voortdurende waarneming en door een vertrouwensrelatie op te bouwen. Door het seksueel gedrag te beoordelen vanuit zijn eigen beleving, vanuit zijn eigen belang en gedragsregel. Zodat we verkeerde verklaringen kunnen uitsluiten. Tijdens deze onderhandeling is het belangrijk te zoeken naar verduidelijking voor het gedrag. Het is belangrijk om niet alleen op de indicatie in te gaan (het seksueel gedrag), maar ook trachten acties te vinden om meer zekerheid, geborgenheid te bieden. Het is belangrijk om overreactie te vermijden en het gedrag van de personen met dementie te beoordelen op de juiste inhoud.

Wanneer er melding is van seksueel gedrag dat zich richt op zorgverleners dan is de gepaste aanpak: niet afkeuren van de persoon, maar wel afbakenen van het gedrag. De zorgverlener heeft het recht zijn of haar gevoelsleven te bewaren (Verdult, 2003). Het hanteren van ik-boodschappen is hierbij noodzakelijk van belang in een beperkende houding.

De grens voor seksueel overschrijdend gedrag is bij iedere zorgverlener anders daarom is het belangrijk voor jezelf als zorgverlener na te gaan:

- waar je grens ligt op het gebied van seksualiteit en intimiteit.
- Hoe dichtbij mag iemand komen?
- Bewust zijn dat dit per situatie en per persoon kan verschillen.
- Ieder heeft een ander referentiekader, connotatie en draagkracht.

Belangrijk is ook dat men enkel het gedrag afwijst en niet te persoon. Dat is belangrijk voor jezelf maar ook voor de ander.

Anamnese

Voor personen met ontremd seksueel gedrag te begeleiden, moet er een grondige medische anamnese, lichamelijk onderzoek en gerichte laboratoriumtesten uitgevoerd worden. Laboratoriumtests zijn voor de klinische evaluatie. Anamnese kan volgens een aantal vragen worden gedaan bij familieleden of door zorgverleners. De evaluatie moet erop gericht zijn om het bewijs van langdurige hyperseksuele persoonlijkheidskenmerken te bereiken. Zodat we de juiste behandeling kunnen geven. De geschiedenis moet ook betrekking hebben op specifieke kenmerken van het gedemonstreerde gedrag.

Vragen i.v.m. beoordeling van ongepast seksueel gedrag:

- Hoe ziet het gedrag er uit?
- In welke context gebeurt dit gedrag?
- Hoe vaak uit dit gedrag zich?
- Welke factoren dragen bij?
- Is het gedrag een probleem? Voor wie is het een probleem?
- Wat zijn de risico's van het gedrag? Aan wie?
- Zijn de deelnemers bevoegd?

Aangepast van serie en Degano met toestemming van de Koninklijke Academie voor Psychiatrie (Serie, Degano, 2005).

Gedragstherapie

Gedragstherapie omvat het omleiden van het verbale gedrag of indien nodig het fysieke gedrag:

- Hierbij kan men het gedrag identificeren en erop wijzen dat het onaanvaardbaar is.
- Blootstellen en strelen van geslachtsdelen en/of publieke masturbatie kan worden geminimaliseerd door te kiezen voor kledij die sluit op de rug.
- Door afleiding aan te bieden vb. van handmatige activiteiten zoals het vouwen handdoeken.

Een niet medicamenteuze aanpak zoals duidelijk grenzen stellen en scholing over hoe ongepast gedrag terecht te wijzen. Het tijdig alarmeren en melden in patiëntendossier, handelen op niveau van de zorgvrager en aangepaste kledij voorzien. (Robinson et al., 2003; Series et al. 2005; Coher- Mansfield 2001; Thomas more Mechelen 2013).

Medicamenteuze aanpak

Pas als de niet-medicamenteuze aanpak onvoldoende resultaat geeft wordt de medicamenteuze therapie opgestart.

Hiervoor wordt steeds de arts geraadpleegd, eventueel in overleg met familie.

9.5 Discussie

Alle hoofdverpleegkundigen en hoofdverantwoordelijken van ZNA Joostens én woonzorgcentrum, revalidatiedienst De Dennen waren uitgenodigd waarvan er zich twee hebben verontschuldigd. Ons publiek bestaande uit leidinggevende, kwaliteitsmedewerkers en directie met in totaal vijftien personen aanwezig.

Het praktijkdeel bestaat uit een bijscholing. De bachelorproefvraag: Hoe lever je kwaliteitsvolle zorg aan personen met dementie die seksueel overschrijdend gedrag vertonen? Is een praktijkgerichte vraag en zodoende is de bijscholing ook praktijkgericht opgesteld. We hebben een goede context geschetst met duidelijke doelstellingen én een wenselijke aanpak aangereikt. Aan de hand van praktische voorbeelden is er eerst een discussie (interactie) op gang getrokken. Het doelpubliek was vaak geneigd, te vertrekken vanuit zijn connotatie als professionele zorgverlener en niet vanuit een medebewoner, familie van zorgvrager die dit (on)gepaste gedrag stelt. Hun blik werd op dit vlak al verruimt. Vooral de erkenning voor 'ieders' beleving, ervaring werd als nieuw beschouwd. Het gebruik van een meetschaal werd als moeilijk ervaren omdat dit enkel theoretisch werd gegeven. Hier werd vanuit het doelpubliek een praktische aanpak verwacht. Hoe dit implementeren in de voorziening? Hier is inderdaad aan gedacht, om de SASBA meetschaal te testen in de praktijk, doch hebben we dit niet gedaan omdat het geen bacheloronderzoek is. Achteraf bekeken was het toch handig geweest om deze toch al eens getoetst te hebben in de praktijk. Dan hadden we een antwoord kunnen bieden op hoe dit implementeren in de praktijk. De SASBA meetschaal is wel rondgegeven zodat elke deelnemer van de bijscholing deze kon inkijken, zowel de Engelstalige als Nederlandstalige. Het deel van communicatie was ook erg praktijkgericht én werd bruikbaar bevonden. Het bespreekbaar maken in team, communicatie met familie en de duidelijke ik-boodschap om de grenzen af te bakenen is onthouden. Het begrenzen van het gedrag via interventies was erg praktijkgericht vooral de aandacht op het ongepaste gedrag en niet de persoon afwijzen. Het individuele zorgplan in samenspraak met familie en de uniformiteit in de zorg werd als zeer bruikbaar ervaren elke bewoner is uniek. Het praktijkdeel is een goede insteek voor het bijsturen van de huidige aanpak. Een directielid vind dat de bachelorproef past in een visieontwikkeling en gaat deze er waarschijnlijk in gebruiken. De bijscholing kan ook op ander ongepast gedrag worden toegepast op vlak van communicatie en het begrenzen. Na de bijscholing kreeg iedereen een kaart met bruikbare tips van de bijscholing. Enkele leidinggevendenden vroegen of we de powerpoint hadden afgedrukt want deze hadden ze graag op hun dienst gelegd.

Het onderwerp leek heel relevant te zijn. We waren echter beperkt in tijd waardoor we moesten filteren en geen tijd hadden om oefeningen te doen, de SASBA meetschaal in te vullen.

10 BESLUIT

Het is moeilijk om direct een antwoord te geven op: Hoe lever je kwaliteitsvolle zorg aan personen met dementie die seksueel overschrijdend gedrag vertonen? Omdat er zoveel verschillende aspecten aan bod komen. Met deze bijscholing is het taboe doorbroken en hebben we een kijk kunnen geven wat in de literatuur te vinden is omtrent seksueel overschrijdend gedrag. Het onderwerp is bespreekbaar gemaakt. De verschillende aspecten zijn toegelicht met praktijkvoorbeelden. Seksueel overschrijdend gedrag wordt beïnvloed door ieders referentiekader, connotatie en draagkracht. Het is belangrijk om een anamnese op te maken via objectieve observatie én registratie (evt. gebruik van de SASBA meetschaal). Het seksueel overschrijdend gedrag dient eenvormig te worden aangepakt. Niet het individu maar het gedrag begrenzen via de ik-boodschap. Voldoende communiceren naar mede zorgverleners, zorgvrager met dementie én familie van deze zorgvragers. Ook het evalueren mag niet worden vergeten. Als er een individueel zorgplan wordt opgesteld dient dit best in samenspraak met de familie te gebeuren om de vertrouwensband en uniformiteit te benadrukken. De bijscholing heeft mogelijkheden geboden om het doelpubliek een nieuwe kijk te geven op seksueel overschrijdend gedrag.

Om de bijscholing werkbaar te maken voor alle professionele zorgverleners dient deze te worden bijgestuurd met onder andere casuïstiek, simulatie en filmmateriaal. Hierdoor kan de nieuwe informatie tijdens de bijscholing getoetst worden. We vinden het kaartje met tips beter geschikt om mee te geven in plaats van de PowerPoint op papier. Omdat het kaartje met tips makkelijk kan worden bewaard in de handtas, broekzak.

LITERATUURLIJST

- Abdo, C.H.N. (2013). Sexuality and couple intimacy in dementia. *Co-psychiatry*, 26 (6), 593-598.
- Alagiakrishnan, K., Brahim, A., Lim, D., & Senthilselvan, A., Wong, A., & Wood, A., & et al. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81, p. 463-466.
- Alderman, N., & Johnson, C., Knight, C. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behavior among individuals with a acquired neurological impairment. *Brain Injury*, Vol.20 (7), p. 687-693.
- Alderman, N., Brikett-Swan, L., Green S., Johnson, C., Knight, C., Yorstan, G. (2008). The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, Vol.18 (2), p. 129-159.
- Allen, R.S., Breland, G.L., Di Napoli, I.A. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, XX(X), 1-9.
- Amano, N., Inuzuka, S., Ogihara, T. (2009). Behavioral en psychologische symptomen van dementie en medische behandeling. *Psychogeriatric*, Vol.9, p. 45-49.
- Appelo, M., Hoogeveen, F. (2009). Minithema seksualiteit en dementia; ik heb een andere jongen ontmoet. *Denkbeeld*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bakhuijzen- Pons, M. (2011). Inhibited in Dementia: Burden, Passion or Distress? A study on sexual disinhibited behavior in dementia. Onuitgegeven masterthesis, Open Universiteit Nederland, departement Psychologie.
- Barker, P., Begley, C.M., Higgins, A. (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *British journal of Nursing*, Vol.13 (22), p. 1330-1334.
- Berlo, W., Schenkkan, M. (2006). Relationele en seksuele problematiek van Alzheimer patiënten: een review van de literatuur. *Tijdschrift voor Seksuologie*, Vol.30, p. 27-35.
- Beurskens, S. S. (2008). *Metten in de praktijk* (Vol. 1). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, M. (2000). *Seksuele intimidatie in de zorg*. (1^{ste} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Christodoulai, P., Papaliagkas, T.V., Tsatali, M., Tsolaki, N. (2010). The complex nature of inappropriate sexual behaviors in patients with dementia, Can we put into a frame? *Sex Disable*, Vol.29, p. 143-156.
- Cornelison, L.J., Doll, G.M. (2013). Management of sexual expression in long-term care: Ombudsmen's perspectives. *The Gerontologist*, 53 (5), 780-789.

- Cornelison, L. J., Gayle, M. (2012). Management of Sexual Expression in Long-Term Care: Ombudsmen's Perspectives. *The Gerontologist, Vol.53* (5), p. 780-789.
- David, R.P., Gyua, Y.J. (2008). Inappropriate Sexual Behaviors in Cognitively Impaired Older Individuals, doi: 10.1016/j.amj.opham.2008.12.004. Doi: 10.1007/BF03088295.
- Degano, P., Series, H. (2005). Hyperseksualiteit in dementie. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 424.
- Diesfeldt H. (2009) Ontremd gedrag of verlangen naar intimiteit? *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatric, 5* (21), p.6-8.
- Gastmans, C. (2014). Sexual expression in nursing homes: a neglect nursing ethics issue. *Nursing ethics, Vol.2* (5) p. 505-506.
- Gastmans, C. (2014). Zorg voor ouderen met betrekking tot intimiteit en seksualiteit: een klinisch-ethische studie met bijzondere aandacht voor geïnstitutionaliseerde ouderen met dementie: onuitgegeven doctoraatsproject, Katholieke Universiteit Leuven.
- Gastmans, C., & Mahieu, L. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatric, 24* (3), 346-357.
- Gastmans, C., & Mahieu, L., Van Elsen, K. (2011). Nurses perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 1140-1154.
- Geelen, R. (2010). *Praktijkboek dementie: Van achterdocht tot zwerfgedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gianotten, W. G. (2009). *Seksuologie* (Vol. 2). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Guay, D.R. (2008). Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 6* (5), 269-288.
- Gupta, N., Joller, P., Seitz, D.P., (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician, Vol.59* (3), p. 255-60.
- Hayward, L. E., Robertson, N., & Knight, C. (2013). Inappropriate sexual behavior and dementia: an exploration of staff experiences. *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice, Vol.12* (4), p. 463-480.
- Heemelaar, M. (2013). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening: informatie en communicatietraining voor sociaal-agogisch hulpverleners en verpleegkundigen*. (4^{de} herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hemberg, M., Mattiasson, A. (1998). Intimacy- meeting needs and respecting privacy in the care of Elderly people: What is a good Moral attitude on the part of nurse/carer? *Nursing Ethics, vol.5* (6), p. 527-534.

- Holmes, D., Reingold, J., & Teresi, J. (1997). Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (7), 695-701.
- Hooren, V.S. (2011). Deviant sexual behavior in dementia. Onuitgegeven masterproef tot het behalen van de grad van Master in de seksuologie, Katholieke Universiteit Leuven: faculteit Geneeskunde, departement Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- Hooren, V.S., Mulder, A., Leontjevas, R. M. (2009). The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia: a validation study with patients exhibiting early-onset dementia. *American journal of geriatric psychiatry*, Vol.17 (1), p. 56-64.
- Koopmans, R.T., Pennings, G.A., van der Meer, M.M., & Zuidema, S.U. (2006). Prevalentie van probleemgedrag bij een groep dementerende verpleeghuispatiënten. *Tijdschrift Gerontology en Geriatrie* 37, p. 18-23.
- Krook, K., Van Straaten, G. (2005). *Hoezo lastig!: omgaan met probleemgedrag van ouderen*. Baarn: HB uitgevers.
- Kuhn, D. (2002). Intimacy, Sexuality and residents with dementia. Alzheimer care quality. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3 (2), p. 165-176.
- Litghtbody, E., Jackson, G.A., & Lithgow, S. (2013). Sexuality, dementia and the care home. *The Journal of Dementia Care*, 21 (1), 28-31.
- Mahieu, L. (2014). Zorg voor ouderen met betrekking tot intimiteit en seksualiteit. Een klinisch- ethische studie met bijzondere aandacht voor geïnstitutionaliseerde ouderen met dementie. Doctoraatsproject, Katholieke Universiteit Leuven
- Mahieu, L., Anckaert, L., Gastmans, C. (2014). Eternal suncine of the spotless mind? An anthropological- ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Medical Health and Philos*, 17, 377-387.
- Mahieu, L., Dierickx de Casterlé, B., Van Elsen, K., & Gastmans, C. (2013). Nurses knowledge and attitudes toward aged sexuality: validity and international consistency of the dutch version of the aging Sexual Knowledge and attitudes scale. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), 2584-2596.
- Mitty, E., Rheaume, C. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, Vol.29 (5), p. 342-349.
- Oskam, E., Scheres, W. (2005). *Totale communicatie*. (2^{de} druk). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Plasschaert, L. (2002). *Taalcommunicatie met ouderen, ook in probleemsituaties*. (1^{ste} druk). Leuven: Garant.
- Raeymaekers, P., Rondia, K. (2009). Naar een dementievriendelijke samenleving: Aanbevelingen en mogelijke acties. Rapport van een pluridisciplinaire werkgroep, Naar een dementievriendelijke samenleving.
- Rossa, S.M., Swiete, J.C.V. (2006). Frontotemporale dementie. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, Vol.31, p. 50-55.

Safer, M., & Wallace, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatric Nursing, Vol.30* (4), p. 230-237.

Schenkkan, M., Van Berlo, W.(2006). Relationele en seksuele problematiek van partners van Alzheimerpatiënten: een review van de literatuur. *Tijdschrift voor Psychologie, 30*, 27-35.

Diesfeldt, H. (2014), Seks en de zorgverlener, omgaan met seksueel getint gedrag. *Denkbeeld, 26* (3), 12-15.

Stolker J.J., Z. F. (1994). *Meetinstrumenten in de psychiatrie* (Vol. 1). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Stubbs, B. (2011). Displays of inappropriate sexual behavior by patients with progressive cognitive impairment: The forgotten form of challenging behavior? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol.18* (7), p. 602-607.

Swinnen, A. (2011). *Seksualiteit van ouderen, een multidisciplinaire benadering*. (1^{ste} druk). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Ten Have, E. (2011). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen: de patiënt centraal*. (3^{de} herziene druk). Amsterdam: Amsterdam Reed Business Education.

Tripathi, Manjari, Vibha, Deepti. (December 2010). An approach to and the rationale for the pharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Annals of Indian Academy of Neurology, Vol.13* (6), p. 94-98.

Tsatali, M., & Tsolaki, M., Christodoulou, T., & Papaliagkas, V. (2011). The Complex Nature of Inappropriate Sexual Behaviors in Patients with Dementia: Can We Put it into a frame? *Sexuality and Disability, Vol.29* (2), p. 143-156.

Verdult, R. (2003). *De pijn van dement zijn: de belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HB Uitgeverij.

World Health Organisation, (n.d.), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision. (1993). Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. (2nd). Geneva, Switzerland.

Websites:

Ecmr. Gevonden op het internet op 18 november 2014 www.ecmr.nl.

Kennisbundel probleemgedrag voor docenten: Zorg en welzijn Utrecht, (2011). Vilans. Gevonden op internet op 30 november 2014
<http://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/kennisbundel%20Probleemgedrag.pdf>

Onderzoeksinformatie. Gevonden op het internet op 18 november 2014
www.onderzoeksinformatie.nl/nl/oj/nod.

PITS-online. Gevonden op het internet op 18 november 2014 www.PITS-online.nl

Proqolid. Gevonden op het internet op 18 november 2014 www.proqolid.org

Swets. Gevonden op het internet op 18 november 2014 www.swets.nl

Toolkit of instruments to measure end of life care. Gevonden op het internet op 18 november 2014 www.gwu.edu/~cicd/toolkit/toolkit.htm.

Bijlage

1 Agentschap zorg & gezondheid: Beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag.

2 PowerPoint bijscholing.

3 Tips: Seksueel overschrijdend gedrag bij dementie.

4 SASBA meetschaal.

AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID

Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 BRUSSEL
T 02 553 35 00
F 02 553 35 84
www.zorg-en-gezondheid.be

Aan de directies van gezondheids- en woonzorgvoorzieningen

Contactpersoon	E-mail	Telefoon
Ons kenmerk ZG/ NS POST-20141009-5805 BVDH/mg	Uw kenmerk	Datum 30 JAN. 2015

Beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag

Geachte directie,

In de zorgsector worden dagelijks gebruikers van voorzieningen met veel toewijding en professionele expertise verzorgd en behandeld. In een aantal gevallen doen zich echter situaties voor waar de grenzen van respectvol, ethisch en verantwoord gedrag jegens de gebruiker worden overschreden. Het betreft onder meer ongewenste seksuele gedragingen die de kwaliteit van leven en/of de kansen op herstel van de gebruiker zeer diepgaand kunnen beïnvloeden.

Ook in de relatie tussen de gebruikers onderling moeten de grenzen van respectvol, ethisch en verantwoord gedrag bewaakt blijven.

In het kader van dit thema werd op vrijdag 9 mei ll. het besluit betreffende het beleid inzake preventie en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen door de Vlaamse Regering goedgekeurd.

Het besluit is van toepassing op de gezondheids- en woonzorgvoorzieningen die erkend zijn door het Agentschap Zorg en Gezondheid met name de ouderenvoorzieningen, de thuiszorgvoorzieningen, de ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven voor beschermt wonen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

De extra erkenningsnorm ten aanzien van seksueel grensoverschrijdend gedrag kan opgesplitst worden in volgende richtlijnen:

De ontwikkeling van een intern beleid

1. de voorziening ontwikkelt een geschreven referentiekader voor seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers;
2. de voorziening werkt een procedure uit voor de preventie en de detectie van en voor de gepaste reactie op seksueel grensoverschrijdend gedrag, met inbegrip van een registratiesysteem;

Bijlage 2

Dia 1



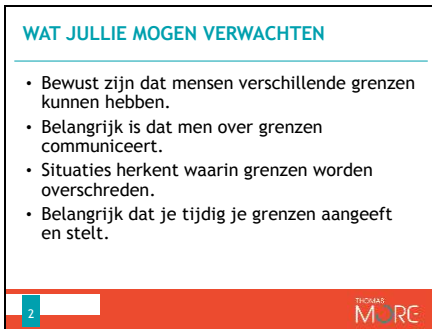
THOMAS MORE

HOE LEVER JE KWALITEITSVOLLE ZORG BIJ PERSONEN MET DEMENTIE DIE SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG VERTONEN ?

1

ASSOCIATE KU LEUVEN

Dia 2



WAT JULLIE MOGEN VERWACHTEN

- Bewust zijn dat mensen verschillende grenzen kunnen hebben.
- Belangrijk is dat men over grenzen communiceert.
- Situaties herkent waarin grenzen worden overschreden.
- Belangrijk dat je tijdig je grenzen aangeeft en stelt.

2

THOMAS MORE

Dia 3



Bejaarden hebben meer seks dan we denken

Op de foto zitten ook op deze bejaarden tijdde ...

Bron: <http://jlaalla.com/page/4295026859/bejaardenseks-geme-02-wa-16-04-04>

Bron: <https://heinvandenbosquet.wordpress.com/2014/11/02/88-cougars-bejaardensaks/>

3


THOMAS MORE

Dia 4

INLEIDING

Feiten:


- 50 tot 80% van de 65plussers is nog seksueel actief.
- 6/10 Nederlanders is van mening dat ouderen nauwelijks nog seks hebben.
- Seksueel overschrijdend gedrag is aanwezig bij circa 1/3 van de personen met dementie.
- Fysiek contact is soms de enige manier van communicatie bij dementie.

4 

Dia 5

SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG

Ouderen en seksualiteit,
tijd om taboes te doorbreken.


5 

Dia 6


SITUATIE 1

Als een persoon met dementie, 's nachts naakt gaat dolen en later in het bed van een andere zorgvrager kruipt.

Is dit seksueel overschrijdend of niet?



Bron: <http://nl.dreamstime.com/stock-photo-problem-with-open-mouth-vringers-to-openen-image44164838>

6 

Dia 7

SITUATIE 2

Een bewoner zit te masturberen in de leefruimte in het bijzijn van andere bewoners.

Is dit seksueel overschrijdend of niet?



Bron: <http://nl.dreamstime.com/royalty-free-stock-photos-image-gender-kwaad-vrouw-betastend-ogen-met-haar-handen-image11902389>

7

THOMAS MORE

Dia 8

SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG

Heeft betrekking op verbale of andere gedragsuitingen van seksuele aard, die ongepast zijn in de sociale context van dat moment
(Hayward, L.E., Robertson, N., Knight, C., 2013)

8

THOMAS MORE

Dia 9

HOE SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG HERKENNEN?

Wat zie je?

- Welk gedrag vormt een probleem en is het belastend of meer opvallend?
- Hoe vaak is het de afgelopen 3 dagen voorgekomen?
- Voor wie is het gedrag een probleem?

9

THOMAS MORE

Dia 10

In welke situaties komt het gedrag voor?

- Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor?
- Wanneer komt het gedrag voor?
- Wie is er in de buurt?
- Wat gebeurt er in de directe omgeving?
- Wat gebeurde er voor het gedrag plaats vond?

10

THOMAS MORE

Dia 11

Hoe komt het?

- Mogelijke oorzaken: pijn, onvervulde behoefte, nieuwe of veranderde medicatie.
- Omgeving: verandering, overprikkeld, reactie op gedrag van anderen.
- Vanuit levensgeschiedenis verklaarbaar: trauma, persoonlijkheid.
- Oorzaak onbekend.

11

THOMAS MORE

Dia 12

HOE GAAN WE MET SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG OM?

Communicatie:

- Praten we wel over hetzelfde?
- Communicatie bij briefing.
- Steun en begrip van collega's.
- Communiceren met de zorgvrager via ik-boodschap om grenzen te stellen.
- Confrontatiegesprek durven aangaan.
- Communicatie naar familieleden.



Bron: <http://dramamethodiek.nl>

12

THOMAS MORE

Dia 13



Dia 14

Begrenzen van seksueel overschrijdend gedrag.
Belangrijk voor jezelf:

- Te bedenken waar je grens ligt op het gebied van seksualiteit en intimiteit.
- Hoe dichtbij mag iemand komen?
- Bewust zijn dat dit per situatie en per persoon kan verschillen.
- Ieder heeft een ander referentiekader, connotatie en draagkracht.
- Wijs enkel het gedrag af en niet te persoon. Dat is belangrijk voor jezelf maar ook voor de ander.

14 THOMAS MORE

Dia 15

FARMACOLOGISCHE MIDDELEN


- Een eerste zorgvuldige evaluatie en niet-medicamenteuze behandelingen moeten pogingen om gedrag met medicijnen te behandelen voorafgaan.
- Farmacologische behandelingen moeten worden afgestemd op de individuele patiënt bij voortdurend overschrijdend seksueel gedrag.
- Hiervoor wordt steeds de arts geraadpleegd, eventueel in overleg met familie.

15 THOMAS MORE

Dia 16

BESLUIT


- Onderwerp bespreekbaar maken.
- Seksueel overschrijdend gedrag wordt beïnvloed door ieders referentiekader, connotatie en draagkracht!
- Anamnese maken via objectieve observatie én registratie. (evt. meetschalen gebruiken)
- Gedrag eenvormig aanpakken, niet de individu maar het gedrag én via de ik-boodschap.
- Evalueren

16 

Dia 17

TIPS

- Realiseer je dat bewoners behoefte (kunnen) hebben aan seksualiteit en intimiteit.
- Denk aan je referentiekader, connotatie en draagkracht.
- Blijf de bewoner met respect behandelen.
- Observeer objectief.
- Bespreek tijdens de briefing.
- Geef de ik-boodschap, benoem concreet het gedrag dat je stoort en zeg dat je wil dat het stopt.
- Registreren.
- Het gedrag eenvormig benaderen met een op maat gemaakte aanpak.
- Bij voortdurende seksueel overschrijdend gedrag, vraag advies aan de arts (eventueel farmacologische behandeling).

17 

Dia 18

Bedankt voor uw aandacht!

Zijn er nog vragen?...

18 

Bijlage 3

<p>Tips seksueel overschrijdend gedrag bij dementie</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realiseer je dat bewoners behoefte (kunnen) hebben aan seksualiteit en intimiteit. •Denk aan je referentiekader, connotatie en draagkracht. •Blijf de bewoner met respect behandelen. •Observeer objectief. •Bespreek tijdens de briefing. •Geef de ik-boodschap, benoem concreet het gedrag dat je stoort en zeg dat je wil dat het stopt. •Registreren. •Het gedrag eenvormig benaderen met een op maat gemaakte aanpak. •Bij voortdurende seksueel overschrijdend gedrag, vraag advies aan de arts (eventueel farmacologische behandeling) 	<p>Tips seksueel overschrijdend gedrag bij dementie</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realiseer je dat bewoners behoefte (kunnen) hebben aan seksualiteit en intimiteit. •Denk aan je referentiekader, connotatie en draagkracht. •Blijf de bewoner met respect behandelen. •Observeer objectief. •Bespreek tijdens de briefing. •Geef de ik-boodschap, benoem concreet het gedrag dat je stoort en zeg dat je wil dat het stopt. •Registreren. •Het gedrag eenvormig benaderen met een op maat gemaakte aanpak. •Bij voortdurende seksueel overschrijdend gedrag, vraag advies aan de arts (eventueel farmacologische behandeling)
<p>Tips seksueel overschrijdend gedrag bij dementie</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realiseer je dat bewoners behoefte (kunnen) hebben aan seksualiteit en intimiteit. •Denk aan je referentiekader, connotatie en draagkracht. •Blijf de bewoner met respect behandelen. •Observeer objectief. •Bespreek tijdens de briefing. •Geef de ik-boodschap, benoem concreet het gedrag dat je stoort en zeg dat je wil dat het stopt. •Registreren. •Het gedrag eenvormig benaderen met een op maat gemaakte aanpak. •Bij voortdurende seksueel overschrijdend gedrag, vraag advies aan de arts (eventueel farmacologische behandeling) 	<p>Tips seksueel overschrijdend gedrag bij dementie</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realiseer je dat bewoners behoefte (kunnen) hebben aan seksualiteit en intimiteit. •Denk aan je referentiekader, connotatie en draagkracht. •Blijf de bewoner met respect behandelen. •Observeer objectief. •Bespreek tijdens de briefing. •Geef de ik-boodschap, benoem concreet het gedrag dat je stoort en zeg dat je wil dat het stopt. •Registreren. •Het gedrag eenvormig benaderen met een op maat gemaakte aanpak. •Bij voortdurende seksueel overschrijdend gedrag, vraag advies aan de arts (eventueel farmacologische behandeling)

ST ANDREW'S SEXUAL BEHAVIOUR ASSESSMENT SCALE (SASBA SCALE)

Knight, Alderman, Johnson, Green, Birkett-Swan & Yorston, 2008



1. BEHAVIOURS

Verbal Comments VC	Non Contact NC	Exposure E	Touching Others TO
1 Informs or describes whereabouts of self or others e.g. "Here you got a girlfriend", "Here you're gay", "You're a paedophile"	1 Touches another person's genitalia, buttocks or breasts in a public setting	1 Appears unattractive (e.g. exposing genitalia, female breasts or buttocks in a public setting)	1 Touches for a prolonged period (excess of 2 seconds) or strokes another person - does not include groin, female breasts or buttocks
2 Comments of a sexual nature, clearly not profession directed, e.g. "I've got a big dick"	2 Touches own groin, female breasts or buttocks over or under clothes (re-exposure)	2 Wearing no clothes in a public setting, clearly not person directed	2 Kissing another person
3 Descriptions of another person's groin, female breasts or buttocks clearly directed to another person e.g. "You have a nice bottom", "She's got lovely breasts"	3 Masturbates in a non shared setting where staff are present (e.g. begins when staff enter bedroom or in bath)	3 Intentionally exposes genitalia, female breasts or buttocks to another person appears to be a deliberate premeditated behaviour	3 Lifting skirts, pinching or touching buttocks, sitting on other's knee
4 Explicit accounts of sexual intent, requests or activity e.g. "Show me your knickers", "I want to shag you"	4 Masturbates without genitalia being exposed in a public setting, including ward shared areas (e.g. dining room)	4 Masturbates with genitalia being clearly exposed in a public setting, including ward shared areas (e.g. patient's lounge)	4 Touching others groin, female breasts, or rubbing own genitalia or female's breast against another person

Masturbation = rubbinat own genitalia

to Bedrooms and bathrooms are non-staff/non-shared environments

2. ANTECEDENTS

Set One Contributing Factors (coded 1-3)	Set Two Observed directly before behaviour (Coded 11-25)
1 Structured activity	11 Given direct verbal prompt to comply with instruction
2 Noisy environment	12 Given verbal guidance/advice to assist completion of task/activity
3 Had epileptic fit in last 24 hrs	13 Given verbal/visual feedback about performance
	14 Direct response to other clients verbal behaviour
	15 Request specifically denied by other person
	16 Any other verbal interaction
	17 Physical guidance/facilitation to complete a task
	18 Direct response to other clients physically aggressive behaviour when directed at them
	19 Direct response to other clients physically aggressive behaviour when directed at another person
	20 During restraint
	21 Given item e.g. food/therapy materials
	22 Purposeful behaviour is ignored or "played down" by person to whom it is directed at
	23 Obviously agitated or distressed
	24 No obvious antecedent
	25 Other (please specify on the back of the recording form)

3. INTERVENTIONS

Set One Contributing Factors (coded 1-3)	Set Two Observed directly before behaviour (Coded 11-25)
A Behaviour ignored or "played down" completely	11 Given direct verbal prompt to comply with instruction
B Talking to patient including prompts	12 Given verbal guidance/advice to assist completion of task/activity
C Closer observation	13 Given verbal/visual feedback about performance
D Holding Patient (physical restraint)	14 Direct response to other clients verbal behaviour
E Immediate medication given by mouth	15 Request specifically denied by other person
F Immediate medication given by injection	16 Any other verbal interaction
G Isolation without sedation	17 Physical guidance/facilitation to complete a task
H Sedation	18 Direct response to other clients physically aggressive behaviour when directed at them
I Activity distraction	19 Direct response to other clients physically aggressive behaviour when directed at another person
J Injury requires immediate medical treatment for patient	20 During restraint
K Injury requires immediate medical treatment for other	21 Given item e.g. food/therapy materials
L Special programme	22 Purposeful behaviour is ignored or "played down" by person to whom it is directed at
M Physical distraction (leading the patient away)	23 Obviously agitated or distressed
N Other (please specify on the back of the recording form)	24 No obvious antecedent
	25 Other (please specify on the back of the recording form)

Appendix 3 Assessment of deviant sexual behavior

Vragenlijst voor deviant seksueel gedrag

(Bewerking van Knight, Alderman, Johnson, Green, Birkett-Swan, & Yorstan, 2008)

Onderstaande vragen gaan over seksueel gedrag. Telkens wordt gevraagd of bepaald gedrag voorkomt bij de patiënt en indien het gedrag aanwezig is, dan wordt de frequentie van het gedrag nagevraagd. Alle vragen hebben betrekking op de periode waarin de patiënt in het verpleegtehuis verblijft.

1. Verbale opmerkingen	
a. Heeft hij/zij wel eens intieme persoonlijke opmerkingen gemaakt tegen personen waar hij/zij geen intieme relatie mee heeft, zoals bijvoorbeeld 'heb je een vriend(in)?', 'ik hou van je', 'je bent beeldschoon'?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
b. Heeft hij/zij wel eens seksuele opmerkingen gemaakt, die niet duidelijk gericht zijn op een persoon? Bijvoorbeeld 'ik heb een grote penis', 'ik heb een natte pruim'	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
c. Heeft hij/zij wel eens opmerkingen gemaakt over het lichaam van iemand waarmee hij/zij geen intieme relatie heeft? Bijvoorbeeld 'hij heeft een lekker kontje', 'zij heeft fraaie borsten'	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
d. Heeft hij/zij wel eens expliciete seksuele toespelingen gemaakt naar personen waar hij/zij geen intieme relatie mee heeft? Bijvoorbeeld 'laat me je slipje eens zien', 'ik zou je willen neuken'	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
Wanneer op een van de bovenstaande vier vragen ja is geantwoord, beantwoord dan onderstaande vragen.	

	<input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
c. Heeft hij/zij wel eens met opzet de genitaliën, borsten of billen laten zien aan iemand, waar hij/zij geen intieme relatie heeft?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
d. Heeft hij/zij wel eens gemasturbeerd in een openbare ruimte waarbij de genitaliën duidelijk zichtbaar waren?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hoe vaak? <input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen <input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand <input type="checkbox"/> minder dan 1x per week <input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week <input type="checkbox"/> meerdere keren per week
Wanneer op een van de bovenstaande vier vragen ja is geantwoord, beantwoord dan onderstaande vragen.	
Hoe emotioneel belastend was dit gedrag voor het zorgpersoneel en de andere bewoners? <input type="checkbox"/> Niet <input type="checkbox"/> Minimaal <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Zeer ernstig	
In hoeverre verstoort dergelijk gedrag van de patiënt de dagelijkse gang van zaken op de afdeling? <input type="checkbox"/> Niet <input type="checkbox"/> Minimaal <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Zeer ernstig	
Hoe is er met het gedrag van de patiënt omgegaan door het zorgpersoneel? <input type="checkbox"/> het gedrag werd genegeerd <input type="checkbox"/> de persoon werd toegesproken met de mededeling dat dit gedrag niet mag <input type="checkbox"/> de persoon werd afgeleid, bijvoorbeeld door een wandeling te gaan maken <input type="checkbox"/> de persoon kreeg medicatie toegediend, namelijk..... <input type="checkbox"/> er werd op een andere manier mee omgegaan, namelijk 	
Hoe reageert de patiënt wanneer hij/zij dergelijk gedrag vertoont? <input type="checkbox"/> Hij/zij reageert op afleiding en begeleiding <input type="checkbox"/> Het is moeilijk om met dit gedrag om te gaan <input type="checkbox"/> Het gedrag neemt niet af, wat ook wordt geprobeerd	
4. Aanrakingen	
a. Heeft hij/zij wel eens iemand aangeraakt voor een langere tijd of heeft hij/zij iemand gestreeld, waar hij/zij geen intieme relatie heeft?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

<p>Het betreft hierbij niet de erogene zones</p>	<p>Zo ja, hoe vaak?</p> <p><input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> meerdere keren per week</p>
<p>b. Heeft hij/zij wel eens iemand gekust, waar hij/zij geen intieme relatie heeft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja, hoe vaak?</p> <p><input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> meerdere keren per week</p>
<p>c. Heeft hij/zij wel eens een rok opgetild of heeft hij/zij wel eens anderen in billen geknepen of op iemands knie gezeten, waar hij/zij geen intieme relatie heeft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja, hoe vaak?</p> <p><input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> meerdere keren per week</p>
<p>d. Heeft hij/zij wel eens iemands kruisstreek aangeraakt, of de borsten van iemand, waar hij/zij geen intieme relatie heeft? Of heeft hij/zij wel eens zijn genitaliën of borsten tegen iemand gewreven, waar hij/zij geen intieme relatie heeft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja, hoe vaak?</p> <p><input type="checkbox"/> het is eenmaal voorgekomen</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per maand</p> <p><input type="checkbox"/> minder dan 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> ongeveer 1x per week</p> <p><input type="checkbox"/> meerdere keren per week</p>
<p>Wanneer op een van de bovenstaande vier vragen ja is geantwoord, beantwoord dan onderstaande vragen.</p> <p>Hoe emotioneel belastend was dit gedrag voor het zorgpersoneel en de andere bewoners?</p> <p><input type="checkbox"/> Niet <input type="checkbox"/> Minimaal <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Zeer ernstig</p> <p>In hoeverre verstoort dergelijk gedrag van de patiënt de dagelijkse gang van zaken op de afdeling?</p> <p><input type="checkbox"/> Niet <input type="checkbox"/> Minimaal <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Zeer ernstig</p> <p>Hoe is er met het gedrag van de patiënt omgegaan door het zorgpersoneel?</p> <p><input type="checkbox"/> het gedrag werd genegeerd</p> <p><input type="checkbox"/> de persoon werd toegesproken met de mededeling dat dit gedrag niet mag</p> <p><input type="checkbox"/> de persoon werd afgeleid, bijvoorbeeld door een wandeling te gaan maken</p> <p><input type="checkbox"/> de persoon kreeg medicatie toegediend, namelijk.....</p> <p><input type="checkbox"/> er werd op een andere manier mee omgegaan, namelijk</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hoe reageert de patiënt wanneer hij/zij dergelijk gedrag vertoont?</p> <p><input type="checkbox"/> Hij/zij reageert op afleiding en begeleiding</p> <p><input type="checkbox"/> Het is moeilijk om met dit gedrag om te gaan</p> <p><input type="checkbox"/> Het gedrag neemt niet af, wat ook wordt geprobeerd</p>	
Heeft hij/zij wel eens seksueel overschrijdend gedrag vertoont, zoals	
a. Poging tot verkrachting of verkrachting	Nee Ja
b. Seksuele handelingen bij kinderen	Nee Ja
c. het begluren van personen die naakt zijn en waarmee hij/zij geen relatie heeft	Nee Ja
Zijn er nog andere opmerkelijke seksuele gedragingen te noemen die niet in deze lijst werden nagevraagd?	
Heeft in het verleden grensoverschrijdend seksueel gedrag plaatsgevonden op seksueel vlak?	Nee Ja weet niet