



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Psychologie

SEKSUALITEIT BINNEN WOONZORGCENTRA

**Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van het
personeel**

ANAÏS DRUART
2017-2018



In samenwerking met Aditi vzw en Sensoa

Promotor: dr. Bert Van Puyenbroeck
Psychologie en Educatiewetenschappen



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Psychologie

SEKSUALITEIT BINNEN WOONZORGCENTRA

**Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van het
personeel**

ANAÏS DRUART
2017-2018

Aantal woorden: 12647

Promotor: Prof. Dr. Bert Van Puyenbroeck
Psychologie en Educatiewetenschappen

SAMENVATTING MASTERPROEF

Naam en voornaam: Druart Anaïs

Rolnr.: 0506997

KLIN
AO
ONKU
AGOG

Titel van de Masterproef: Seksualiteit binnen woonzorgcentra: Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van het personeel

Promotor: Prof. Dr. Bert Van Puyenbroeck

Samenvatting:

Seksualiteit is een centraal aspect doorheen het leven en op verschillende leeftijden. Bewoners van woonzorgcentra hebben het recht op het beleven van hun seksualiteit, maar hoe gebeurt dit in die context? Deze verkennende studie onderzoekt de beleving van het verplegend en verzorgend personeel over de seksualiteit van bewoners van woonzorgcentra. Er werd een literatuurstudie uitgevoerd, gevolgd door kwalitatief onderzoek. De afgenomen interviews werden geanalyseerd aan de hand van de interpretatieve fenomenologische analyse. De beleving werd samengevat in vijf clusters. Er bestaan verschillende spanningsvelden in de context van woonzorgcentra. Meer bepaald tussen personeelsleden met de bewoners, familie en hun collega's. Alsook tussen de bewoners en hun familie en tussen de bewoners onderling. Seksualiteit wordt vaak als een probleem gedefinieerd en hierrond worden afspraken gemaakt. Verder gaat elk personeelslid op zijn manier om met de seksualiteit van de bewoners. De seksualiteit van de bewoners wordt weinig besproken, maar het belang aan overleg werd benadrukt. Verpleegkundigen en zorgkundigen werkzaam in onderzocht woonzorgcentra hebben verschillende noden bekend gemaakt. Het is belangrijk om te luisteren naar de noden van het verplegend en verzorgend personeel. Het thema van seksualiteit binnen woonzorgcentra moet meer bespreekbaar worden. Verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat de expertise rond dit onderwerp moet groeien. Stilstaan bij het welzijn

van de bewoners is eveneens belangrijk. Het personeel moet niet alleen leren omgaan met ongewenst gedrag, maar ook met seksuele behoeften van de bewoners. Woonzorgcentra zouden dit in hun beleid kunnen beschrijven. De resultaten van dit onderzoek vormen een aanzet tot reflectie voor alle woonzorgcentra.

Dankwoord

Ten eerste wil ik het woonzorgcentrum waarmee ik heb samengewerkt bedanken. Zowel het bestuur als de personeelsleden van het woonzorgcentrum waren heel gemotiveerd om deel te nemen. Ik wil ze allemaal bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik had mijn masterproef niet kunnen uitvoeren zonder de expertise en het advies van Aditi vzw, Sensoa en mijn promotor. Ze stonden altijd klaar om mij te helpen bij elke fase van het onderzoek. Ten slotte bedank ik mijn familieleden en medestudenten voor hun steun gedurende het afgelopen jaar.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Literatuurstudie.....	2
Hebben ouderen nog seks?	2
Beheersingsmoraal.....	4
Ervaring van de bewoners.....	4
Erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra	5
Drempels	6
Omgaan met de noden van de bewoners van wzc's.....	7
De attitudes, kennis en handelingen van het personeel.....	8
Besluit literatuurstudie	10
Methode	10
Onderzoekscontext.....	11
Participanten.....	11
Materiaal.....	12
Procedure dataverzameling	12
Procedure dataverwerking	13
Resultaten	15
1. Spanningsvelden	17
1.1 Ik versus bewoner	17
1.2 Ik versus familie.....	18
1.3 Ik versus collega's	19
1.3 Familie versus bewoner	19
1.5 Bewoner (koppel) versus andere bewoners	20
2. Problemen	20

2.1 Probleemdefiniëring en belangstelling voor het probleem	20
2.2 Impact van de familie op de beslissing	21
2.3 Betrekken van de bewoner bij de beslissing	22
2.4 Uiteindelijke beslissing	22
3. Overleg	23
3.1 Seksualiteit wordt weinig besproken	23
3.2 Het belang van overleg	25
4. Houding tegenover seksualiteit van de bewoners	25
4.1 Kennis van het personeel	26
4.2 Normen en waarden personeel	26
4.4 Grenzen bewaken	27
4.5 Ervaring	27
4.6 Opleiding	28
5. Noden voor de toekomst	28
5.1 Toekomstige generaties.....	28
5.1 Nood aan meer bespreekbaarheid.....	28
5.2 Nood aan een beleid	29
5.3 Nood aan expertise	29
5.4 Bewoners hebben behoefte aan individuele aandacht en privacy	30
Conclusie en discussie	30
Conclusie	30
Discussie.....	33
Besluit.....	34
Referenties.....	35
Bijlagen.....	38
Interviewleidraad	38
Toestemmingsverklaring (Informed consent).....	39

Afkortingenlijst

Afkorting	Uitleg
ckv	Centrum voor kortverblijf
rvt	Rust- en verzorgingstehuis
vto-activiteiten	Activiteiten rond vorming, training en opleiding
wzc	Woonzorgcentrum

Tabellenlijst

Tabel	Beschrijving
Tabel 1	Demografische gegevens van de deelnemers
Tabel 2	Clusters en thema's die voortvloeien uit de analyse

Inleiding

Seksualiteit wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als een centraal aspect van het leven van de mens dat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting omvat (geciteerd in World Health Organization, 2010).

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2011) schat dat er in 2025 tussen 27 000 en 45 000 extra bedden voor ouderen nodig zullen zijn in de residentiële sector, rekening houdend met de vergrijzing, afhankelijkheid en beschikbaarheid van een mantelzorger. Pacolet et al. (2004) merken dat we in de ouderenzorg in 2004 ongeveer tien procent van de bestedingen in onze economie terugvinden. In 2004 vond men in de ouderenzorg ongeveer 10% van de bestedingen in onze economie terug (Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid, 2004). Dit zal de komende 50 jaar waarschijnlijk verdubbelen tot bijna 20%. Dit is volgens de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid (2004) een grote opportuniteit voor verdere vooruitgang, creatie van welvaart en welzijn. Seksualiteit zou dus ook een aandachtspunt moeten worden, omdat het levenslang deel uitmaakt van ons welzijn. Mahieu (2014) geeft aan dat het verbieden van seksualiteit bij ouderen niet rechtvaardig is, omdat dit een vorm van discriminatie is op basis van leeftijd.

Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met de seksuele rechten, zoals: het recht op de hoogst haalbare standaard van seksuele gezondheid; het recht op toegang tot informatie over seksualiteit; seksuele voorlichting; respect voor de lichamelijke integriteit; de keuze om al dan niet seksueel actief te zijn; een bevredigend, veilig en plezierig seksleven hebben (World Health Organization, 2010). Inwoners van een woonzorgcentrum hebben dus ook recht op het beleven van hun seksualiteit. Maar hoe gebeurt dat nu precies? Onder woonzorgcentra vallen ook centra voor kortverblijf en rust- en verzorgingstehuizen.

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe het verplegend en verzorgend personeel van een wzc omgaat met de seksualiteit van zijn bewoners. In overleg met de promotor, Aditi vzw en Sensoa werd besloten om het onderzoek te richten op verpleegkundigen en zorgkundigen die uitsluitend in de gesloten afdelingen van een wzc werken. Seksualiteit in het kader van dementerenden werd zo veel mogelijk uitgesloten, omdat die bewoners zich niet altijd bewust zijn van hun seksualiteit. Men veronderstelt dat de aanpak van zorgverleners in open afdelingen verschilt van die in gesloten afdelingen. Volgens de Belgische wetgeving (Gecoördineerde wet van 10 mei 2015) moet een verpleegkundige drie verschillende hoofdactiviteiten kunnen uitvoeren, namelijk: het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak; het uitvoeren van de technisch-verpleegkundige handelingen; het uitvoeren van de handelingen die door een arts aan hen worden

toevertrouwd (Federale Raad voor Verpleegkunde, 2016b). De definitie van het beroep van zorgkundige staat in het koninklijk besluit 78 van 10 november 1967. Een zorgkundige voert specifieke zorgtechnieken uit en staat onder toezicht van een verpleegkundige. In samenspraak met de verpleegkundige verleent de zorgkundige logistieke ondersteuning aan de zorg (Federale Raad voor Verpleegkunde, 2016a).

De voorliggende studie gaat na hoe seksualiteit als thema wordt opgenomen door verpleegkundigen en zorgkundigen die werken met ouderen. Dit vormt de onderzoeksvraag binnen dit verkennende onderzoek. Deze studie onderzoekt welke thema's ervoor zorgen dat seks moeilijk of makkelijk bespreekbaar is voor het personeel van wzc's. Op die manier wil men zicht krijgen op uitdagingen, hindernissen en helpende factoren omtrent het seksuele welzijn van de bewoners, evenals de noden voor de toekomst. Dat werd op twee manieren onderzocht. Ten eerste werd een literatuurstudie uitgevoerd. Daarin wordt dieper ingegaan op de seksualiteit van ouderen, seksualiteit binnen wzc's en het personeel van wzc's en de beleving van het personeel van wzc's. Ten tweede werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het kwalitatieve onderzoek van Bossuyt (2007) peilde naar de beleving van personeelsleden van wzc's die dagelijks in contact komen met de bewoners. Naast het onderzoek van Bossuyt (2007) werd er vooral kwantitatief onderzoek gevoerd naar dat thema. Om verdieping mogelijk te maken werden semigestructureerde interviews afgenomen. Die werden vervolgens aan de hand van de analyse IPA bestudeerd. De resultaten werden vervolgens teruggekoppeld naar de bestaande literatuur.

Het doel van dit onderzoek is het vernemen van eventuele noden van verpleegkundigen en zorgkundigen in verband met dit onderwerp. Het ultieme doel van dit onderzoek is het exploreren van aandachtspunten waarmee rekening moet worden gehouden om de bespreekbaarheid en de concrete ondersteuning van seksualiteit bij ouderen te verhogen. Bovendien worden recente onderzoeksresultaten beschikbaar gesteld voor verder onderzoek.

Literatuurstudie

Hebben ouderen nog seks?

De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie geeft aan dat seksualiteit levenslang aanwezig is. Velen denken dat ouderen geen seks meer hebben (De Cock, 2000). Onder andere omdat de vrouwelijke partner niet vruchtbaar meer is, lichamen van ouderen minder aantrekkelijk zouden zijn, onze grootouders geen behoefte meer zouden hebben aan seksuele bevrediging, er geen sprake van romantiek zou zijn bij oude koppels en omdat hun gezondheid dat niet meer zou

toelaten. Onderzoek spreekt die ideeën echter tegen.

Ouderen hebben nog behoefte aan seks om verschillende redenen (De Cock, 2000). Ook zij willen soms vrijen uit lichamelijke behoefte. Zo kunnen oudere mannen een prostituee bezoeken, terwijl andere personen masturbatie verkiezen. Seks wegens lustgevoelens komt vooral voor bij alleenstaanden die geen relatie meer wensen. Oude koppels vrijen onder andere voor het genot of uit liefde. Soms heeft de ene partner geen zin meer in seks, maar doet hij of zij het om de ander te plezieren. Op die manier wordt ongenoegen bij de partner vermeden. Bij 65-plussers heeft de man soms nog een hiërarchische functie, waardoor de vrouw instemt als de partner zin heeft in seks. Kalra, Subramanyam en Pinto (2011) interviewden zestig personen, al dan niet met een partner, boven de leeftijd van vijftig. De seksuele functies en het seksuele verlangen zijn nog aanwezig na de leeftijd van vijftig, maar een daling is zichtbaar vanaf de leeftijd van zestig. Zo was 72% van de geïnterviewden seksueel actief vóór hun zestigste, tegenover 57% bij de zestigplussers. Metson (1997) merkt op dat die cijfers mogelijk worden onderschat, omdat er enkel wordt gekeken naar geslachtsgemeenschap. Andere aspecten van de seksualiteit worden na verloop van tijd belangrijker, zoals naast elkaar liggen, strelen en kussen (De Cock, 2000).

De geobserveerde daling in seksuele activiteit komt meer voor bij vrouwen (Kalra et al., 2011). Dat komt door een overschot aan vrouwen in de oudste leeftijdscohorten. In het boek "Seksuologie" (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijenborg, 2009, p. 174) wordt dat vrouwenoverschot verklaard door een langere levensverwachting bij vrouwen en door het huwen van een man die gemiddeld twee jaar ouder is. Aan de hand van een regressieanalyse vonden Kontula en Haavio-Mannila (2009) dat leeftijd een belangrijke voorspeller is van de seksuele activiteit, maar niet van het seksuele verlangen. Het seksuele verlangen wordt vooral beïnvloed door de gezondheid, het seksuele functioneren, de seksuele eigenwaarde en een seksueel bekwame partner. Het verliezen van de partner heeft een groot effect op de seksualiteit (De Cock, 2000). Bij het overlijden of dement worden van de partner starten sommige ouderen een nieuwe relatie.

Net zoals alle andere functies van ons lichaam zullen de seksuele functies langzamer verlopen met het ouder worden. Het ouder wordende lichaam bemoeilijkt de daad. Er treden een paar veranderingen op bij de man (De Cock, 2000). Een oude man blijft opwindbaar, maar heeft meer prikkeling nodig om tot een erectie te komen. Daarbij is de erectie minder stevig en wordt het orgasme bij de man minder explosief, maar zaadlozing blijft mogelijk. Impotentie wordt veroorzaakt door ziekten en psychische moeilijkheden en heeft geen verband met de leeftijd. In het huwelijk neemt de man meestal het initiatief om te stoppen met de seksuele activiteit, omdat hij bang is om

te falen op dat vlak. Bij de ouder wordende vrouw zal de vagina droger worden en de vaginawand verdunnen vanaf de menopauze. De diepte en de diameter van de vagina kunnen afnemen, waardoor penetratie moeilijker wordt. Ondanks dat kunnen vrouwen tot op late leeftijd een intens orgasme ervaren (De Cock, 2000).

Een beperkte mobiliteit, chronische ziekte of incontinentie kunnen het vrijen direct verhinderen (Heath, 2011). Daarnaast hebben andere leeftijdsgebonden problemen, zoals hypertensie, hart- en vaatproblemen en hormonale veranderingen een negatieve invloed op de seksualiteit (Swinnen, 2011, hoofdstuk 1). Bovendien nemen ouderen soms medicijnen die nefast zijn voor hun seksuele leven. Neveneffecten zijn onder meer een verminderd seksueel verlangen, een verminderde lubricatie van de vagina en erectiestoornissen (Metson, 1997).

Beheersingsmoraal

Het is belangrijk om te weten hoe inwoners van wzc's hun intimiteit en seksualiteit ervaren. 65-plussers groeiden op binnen de beheersingsmoraal, die tot in de jaren 60 dominerend was binnen de maatschappij (De Cock, 2000). "De beheersingsmoraal komt voort uit de normen, waarden en regels die binnen de christelijke kerken in de loop van tweeduizend jaar tot stand zijn gekomen", (p. 35) schrijven Van Lunsen en Laan (2017, p. 35). Enkel seks met een volwassen, heteroseksuele partner binnen een duurzame huwelijksrelatie werd aanvaard. De functies van seks beperkten zich tot het voortplanten en het uiten van liefde. Lust werd niet beschouwd als een geldige reden om te vrijen (De Cock, 2000). Seksuele driften en lusten moesten onder controle worden gehouden (Van Lunsen & Laan, 2017).

Na de jaren 60 begon het stilaan te veranderen. Er werd steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan naar seksualiteit en de kennis rond seks nam toe (De Cock, 2000). Het is belangrijk om die maatschappelijke context in ons achterhoofd te houden. Door de beheersingsmoraal wordt het thema seksualiteit misschien minder bespreekbaar voor ouderen binnen een wzc.

Ervaring van de bewoners

In wzc's worden ouderen gedurende de zorgtaken op intieme plaatsen aangeraakt. Bovendien worden ze naakt gezien door verzorgenden, terwijl zulke situaties vroeger voorbehouden waren voor de partner (Belik, De Jong, & Hazelhof, 2016). Bovendien worden de bewoners verzorgd door jonger en soms fysiek aantrekkelijke zorgverleners.

Frankowski en Clark (2009) vonden dat sommige inwoners masturberen in het woonzorgcentrum. Zowel mannen als vrouwen met dementie masturberen vaak (De Cock, 2000). Ze zijn op die manier op zoek naar genot, hoewel dwangmatig masturberen ook kan voorkomen. Naast soloseks is sociale interactie binnen woonzorgcentra ook mogelijk (Hubbard, Tester, & Downs, 2003). Verschillende termen kunnen worden gebruikt om die interacties te bespreken, gaande van seksualiteit en intimiteit (Frankowski & Clark, 2009) tot affectie en warmte (Hubbard et al., 2003).

In alle residentiële settings, waaronder de zorginstellingen voor personen met dementie, wordt affectie tussen de inwoners op verschillende manieren geuit. Zo kunnen de inwoners flirten met elkaar, complimenten geven, maar ook fysiek contact opzoeken (Hubbard et al., 2011; Frankowski & Clark, 2009). Dat laatste wordt begrepen als naast elkaar zitten, elkaar aanraken en het geven van een kus. In sommige gevallen komen zelfs romantiek en seksualiteit voor tussen mannen en vrouwen in het woonzorgcentrum (Hubbard et al., 2003).

Die vormen van affectie worden al dan niet geapprecieerd door de ontvangende persoon, omdat niet alle inwoners ernaar op zoek zijn. Zo kan een man zijn vrouw dwingen tot seks als het getrouwde koppel in dezelfde kamer verblijft. De vrouw zal zich in de meeste gevallen onderschikken, uit angst, door dementie of om aan de verwachtingen van een huwelijk te voldoen (Frankowski & Clark, 2009).

Erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra

Binnen wzc's bestaan er erkenningsvoorwaarden en -normen. De mogelijkheid tot seksualiteit zou kunnen worden aangehaald in vier richtlijnen. Die betreffen de gemeenschappelijke ruimtes, het meubilair, de gebruikersraad en de vroegtijdige zorgplanning.

Ten eerste bestaan er norminterpretaties rond de nodige ruimtes en lokalen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). Rvt's en wzc's kennen verschillende regelingen. Wat wzc's, ckv's en rvt's betreft, spreekt men over de beschikbaarheid van een gemeenschappelijke badkamer met een aangepaste bad- of douchegelegenheid. Voor wzc's en ckv's worden er verder geen andere richtlijnen beschreven. Informatie over gemeenschappelijke ruimtes voor rvt's wordt uitgebreid beschreven. Het gaat over een eetzaal, een zitkamer, een zaal voor kinesitherapie- en ergotherapieoefeningen en een zaal voor animatie in groep. Daarnaast moeten andere lokalen zoals een verpleeg-, een verzorgings- en een onderzoekslokaal aanwezig zijn. Er moet ruimte zijn om de familie van de bewoners te ontvangen en hun privacy te garanderen. Er worden niet noodzakelijk lokalen voorzien waar personen zich kunnen afzonderen, al dan niet om seks te hebben. Er wordt aandacht besteed aan de privacy van de familieleden van de bewoners, maar niet aan die van de bewoners zelfs.

Vervolgens bestaan er ook normen rond het nodige meubilair in wzc-lokalen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). Per woongelegenheden moet er meubilair beschikbaar zijn zodat iedere bewoner kan eten, rusten en slapen. De normen voor rvt's gaan nog een stap verder. In rvt's moeten alle bedden in de hoogte verstelbaar zijn en aangepast zijn aan de noden van iedere bewoner. Het begrip 'noden' wordt verder niet gedefinieerd.

Verder heeft elk wzc een gebruikersraad die zich om de drie maanden verenigt (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). Minstens de helft van de raadsleden zijn bewoners, de andere helft bestaat uit familieleden. Het personeel mag worden uitgenodigd bij die vergaderingen. Het doel van de gebruikersraad is advies uitbrengen over alle onderwerpen aangaande het woonzorgcentrum. Hierbij vraagt men zich af of de seksualiteit, intimiteit en privacy van bewoners dan wel worden behandeld. Na elke vergadering wordt een verslag gemaakt dat aan de bewoners en hun familie wordt afgegeven.

Binnen rvt's wordt een vroegtijdige zorgplanning opgesteld (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). Dat houdt in dat bewoners hun wensen kunnen uiten aangaande toekomstige zorg en behandelingen. De zorgverlener heeft de plicht om de wil van de patiënt te achterhalen. Seks zou een plaats kunnen krijgen bij die laatste wensen. Wat als de patiënt zonder partner verlangt om nog een laatste keer te kunnen zoenen in zijn leven, of zelfs meer? Wat als een man om viagra vraagt, zodat hij nog een laatste keer de liefde kan bedrijven met zijn vrouw? Die informatie wordt in de erkenningsvoorwaarden en -normen voor wzc's niet gevonden.

Kortom, er lijkt weinig plaats te zijn voor seksualiteit wegens de infrastructuur en het meubilair, maar de gebruikersraad en de vroegtijdige zorgplanning zijn wellicht toegangspoorten om in de toekomst seks bespreekbaar te maken.

Drempels

Interacties tussen de inwoners worden beïnvloed door de infrastructuur van het woonzorgcentrum (Hubbard et al., 2003). Er zijn veel gemeenschappelijke leefruimtes waar helemaal geen sprake is van privacy (Heath, 2011). Seks in de kamers wordt bijna onmogelijk om verschillende redenen. Ten eerste kunnen de inwoners hun kamer in de meeste instellingen niet op slot doen (Heath, 2011). In bepaalde wzc's wordt er geklopt en gaan de verzorgers direct naar binnen. In andere wzc's wordt er geklopt en gewacht op een antwoord of is er een deurbel aan elke kamer (Bossuyt, 2007). In andere rvt's wordt dat niet toegelaten omdat dat niet veilig zou zijn. Daarnaast bestaan er nog altijd twee-, drie- of vierpersoonskamers, waarbij er slechts een gordijn wordt gebruikt om de privacy van de inwoners te garanderen. Dat belemmert ook masturbatie

(Bossuyt, 2007). Er is meestal sprake van eenpersoonsbedden om de zorgtaken te vergemakkelijken (Heath, 2011). De Vlaamse normen omtrent woonzorgcentra gaan ervan uit dat de privacy in de kamers wordt gerespecteerd als er geen camera's en geen doorzichtige kamerdeuren worden geïnstalleerd (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016).

Naast de infrastructuur speelt medicatie ook een rol. In bijna alle rusthuizen die Bossuyt (2007) onderzocht, wordt seksueel remmende medicatie toegediend aan demente, agressieve of seksueel ongeremde bewoners. Daarmee worden de seksuele driften, van vooral oudere mannen, getemperd of stilgelegd (De Cock, 2000).

Interacties tussen inwoners worden ook beïnvloed door hun gezinsleden (Frankowski & Clark, 2009). Kinderen onderschatten het seksuele gedrag van hun ouders. Als één ouder ziek is, zal het kind de andere ouder als een verzorgende maar asexuele figuur zien. Als het om een nieuwe relatie gaat, dan hebben sommige kinderen weleens moeite om die te aanvaarden (De Cock, 2000). Mahieu (2014) onderverdeelt de seksualiteit in drie categorieën. Bij de eerste categorie omvat handelingen zoals een hand vasthouden en een kus geven. Familie zou dit onschuldig vinden. Vanaf het moment dat het sensueler wordt ziet men gemengde reacties. Wanneer er sprake is van erotiek met expliciet seksueel gedrag wordt bekijkt familie dit negatief.

Gezinsleden van de inwoner zullen seks ontmoedigen, promoten of zelfs de seksuele behoeften van de inwoner negeren. In elk geval wordt die beslissing vaak genomen zonder rekening te houden met wat de inwoner zelf wil. De directie zal zich conformeren aan de beslissing van de gezinsleden. Dat heeft een invloed op de autonomie van de inwoners (Frankowski & Clark, 2009).

Omgaan met de noden van de bewoners van wzc's

Wzc's gaan op verschillende manieren om met de vermelde drempels. Aparte ruimtes worden soms ter beschikking gesteld, zodat koppels zich kunnen afzonderen. Borden met 'niet storen' zijn een andere optie (Van Velthoven, Messelis, & Van Houdenhove, 2016). Verder blijkt een minderheid van de wzc's open te staan voor prostituees (Bossuyt, 2007). Seksuele dienstverlening is een andere mogelijkheid die wordt aangeboden door Aditi vzw. Het betreft verschillende vormen van ondersteuning en dienstverlening als antwoord op zorgvragen rond intimiteit en seksualiteit.

Seksuele dienstverlening bij personen met een beperking en ouderen is ondersteuning van seksualiteit in de breedste zin van het woord. Het kan gaan over het aanleren van seksuele en/of relationele vaardigheden tot het samen beleven van seksualiteit en intimiteit. Ieder persoon is uniek, zo ook zijn of haar seksualiteit. Dus vertrekt ook ieder aanbod vanuit een

uniek gegeven. Seksuele dienstverlening heeft altijd te maken met zowel zorg als seksualiteitsbeleving. Dit zijn twee aspecten die in iedere seksuele dienstverlening steeds aanwezig zijn (Aditi vzw, 2018, blogbericht).

Zowel bij seksuele dienstverlening als bij prostitutie wordt de dienst gefactureerd. Soms kan de bewoner de dienst niet zelf betalen, door een laag inkomen. Het personeel vindt het moeilijk om het gezin van de betrokkene daarvan op de hoogte te brengen (Bossuyt, 2007). De roddelcultuur binnen wzc's vormt daarbij een bijkomend probleem. Wanneer een onbekende persoon het wzc binnenstapt en zich met een bewoner afzondert, zullen de andere bewoners zich vragen stellen. Dat bestempelt Bossuyt (2007) als een vorm van sociale controle.

In het algemeen bepaalt de tolerantie van het wzc hoe relationeel en seksueel gedrag wordt opgenomen (De Cock, 2000). Zo speelt de openheid van de directie tegenover dit onderwerp een belangrijke rol. In de meeste wzc's bestaat er geen beleid rond het omgaan met de seksualiteit van de bewoners (Bossuyt, 2007). Sommige wzc's leggen bepaalde regels vast in geval van probleemsituatie.

De attitudes, kennis en handelingen van het personeel

Voorgaand onderzoek heeft kennis, vaardigheden en attitudes over de seksualiteit van ouderen bestudeert bij het personeel van wzc's.

Het begrip 'attitude' kan op veel verschillende manieren gedefinieerd worden. Daarom opteerden Eagly en Chaiken (2007) voor een ruime definitie, waarbij attitude wordt beschreven als een psychologische tendens die zich uitdrukt in de evaluatie van een entiteit. Die evaluatie wordt gekenmerkt door een voor- of afkeur (Eagly & Chaiken, geciteerd in Eagly & Chaiken 2007). Mahieu (2014) bevroeg meer dan 1000 verpleegkundigen en zorgkundigen in WZC. Het personeel openstaat voor het onderwerp seksualiteit van bewoners. Ze vermoedt dat sociale wenselijkheid de antwoorden heeft beïnvloedt, omdat seksualiteit moeilijk te hanteren blijft in WZC. Verder merkt ze namelijk op dat personeelsleden, net zoals familie, een verschillende attitude vertoont afhankelijk van de manifestatie van seksualiteit. Een hand vasthouden en een kus geven wordt onschuldig gevonden. Sensueel contact of romantiek kent gemengde reacties. Erotiek en expliciet seksueel gedrag wordt ook negatief bekeken door zorgverleners.

Door het afnemen van interviews bij verplegend personeel vond Bossuyt (2007) dat hun kennis over seksualiteit bij ouderen eerder beperkt is. Slechts in gevallen waar er sprake is van coïtus beschouwt het personeel dat als seks. Zo worden strelen en betasten door de meesten niet

als seks beschouwd. Mahieu (2014) geeft aan dat de kennis van het personeel eerder matig is.

De meeste verzorgers weten echter niet hoe ze moeten handelen in probleemsituaties (Bossuyt, 2007). Zorgkundigen en verpleegkundigen weten niet altijd hoe ze hiermee moeten omgaan. De seksualiteit van de bewoners is soms confronterend voor hen (Mahieu, 2014). Van Velthoven et al. (2016) daarentegen vonden dat vier op de 10 respondenten zich niet in staat voelen om om te gaan met de seksualiteitsbeleving van ouderen. Dat betekent dat meer dan de helft van de respondenten zich wel competent voelt om daarmee om te gaan (Van Velthoven et al., 2016). Daarnaast merkt Bossuyt (2007) op dat er verschillende profielen bestaan binnen het verplegend en verzorgend personeel rond het omgaan met seksualiteit van ouderen. Sommigen zullen openlijker met de bewoners over seksualiteit praten in vergelijking met andere verzorgers. De meerderheid van de verzorgers krijgt weinig vragen van de bewoners over seksualiteit, omdat dat nog altijd taboe is. Daarnaast heeft iedere verzorger zijn of haar visie op de noden van de bewoners. Die persoonlijke visie zal bepalen hoe er wordt omgegaan met de seksualiteit van de bewoners. Als een verzorger ervan uitgaat dat er geen behoefte meer is aan seks, dan zal hij of zij ook niet nadenken over hoe daarmee moet worden omgegaan.

Slechts een minderheid van het personeel geeft aan voldoende geschoold te zijn (Van Velthoven et al., 2016). De meeste personeelsleden die door Bossuyt (2007) werden geïnterviewd, stonden open voor een vorming over de seksualiteit van ouderen. Volgens het personeel zouden bewoners en hun familie moeite hebben met het volgen van een vorming, omdat er nog altijd een taboe heerst rond dit onderwerp.

Ondanks het feit dat het personeel niet altijd weet hoe er moet worden gehandeld, merkt Bossuyt (2007) op dat niet alle personeelsleden behoefte hebben aan een beleid rond de seksualiteit van de bewoners. Het volgen van een vaste procedure zou inefficiënt zijn, aangezien elke situatie volgens hen verschillend is. Voor andere personeelsleden is een beleid rond intimiteit en seksualiteit onnodig; volgens hen doen zulke situaties zich te weinig voor. Maar zoals Bossuyt (2007) aangeeft, werd iedere werknemer binnen een wzc al geconfronteerd met een dergelijke situatie. Recenter blijkt dat meer dan één op de drie personeelsleden juist wel behoefte heeft aan een seks- en intimiteitsbeleid binnen het wzc (Van Velthoven et al., 2016). Het zou goed zijn voor bewoners, familie en personeel als WZC een beleid zouden hebben. Het onderwerp moet bespreekbaar worden (Mahieu, 2014).

De privacy van de inwoners wordt heel belangrijk geacht door het personeel. Elk wzc kent verschillende voorzorgsmaatregelen om de privacy te respecteren, zoals kloppen voor het

binnengaan. Ondanks dat gebeurt het nog dat de bewoners tijdens hun seksuele activiteiten worden betrupt (Bossuyt, 2007). De meerderheid van de personeelsleden vindt dat de bewoners voldoende fysieke privacy hebben (Van Velthoven et al., 2016).

Verder ervaart het personeel dat er een verandering op maatschappelijk niveau moet plaatsvinden, zodat de drempels worden verheven. Zowel bewoners, personeel, als familieleden zouden opener moeten worden (Bossuyt, 2007).

Besluit literatuurstudie

Seksualiteit is levenslang aanwezig bij de mens en de meeste ouderen hebben nog behoefte aan seks, ondanks de fysieke moeilijkheden. De bewoners van wzc's groeiden op binnen de beheersingsmoraal, waar seks alleen in het kader van liefde en voortplanting aanvaard werd.

De behoefte aan seksualiteit komt ook tot uiting bij de bewoners van wzc's. Er is sprake van masturbatie, flirtgedrag en vrijen. Daar wordt geen rekening mee gehouden in de erkenningsvoorwaarden en -normen voor wzc's. Daarnaast bestaan er verschillende drempels die de beleving van seksualiteit binnen wzc's bemoeilijken. Bewoners hebben weinig privacy en krijgen soms seksueel remmende medicatie toegediend. Binnen de context van wzc's wordt er ook rekening gehouden met de familie van de bewoner, waarbij de bewoner soms weinig zeggenschap heeft. Antwoorden op die drempels die in sommige wzc's al bestaan, zijn aparte ruimtes, prostitutie of seksuele dienstverlening. Maar dat is afhankelijk van de openheid van de directie.

Een wzc beschikt over verplegend en verzorgend personeel, met ieder zijn specifieke competenties. Bestaand onderzoek (Bossuyt, 2007; Mahieu, 2014; Van Velthoven et al., 2016) toont aan dat een deel van het personeel niet weet hoe te handelen in probleemsituaties. Toch zou maar een minderheid van de zorgverleners behoefte hebben aan een beleid. De persoonlijke visie van het personeelslid bepaalt zijn of haar manier van omgaan met de situatie. Bovendien zou de meerderheid van het personeel aangeven onvoldoende geschoold te zijn in het thema van seksualiteit van de bewoners. De meesten staan open voor bijscholing.

Methode

Voor dit onderzoek werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Daarnaast werd gekozen voor kwalitatief onderzoek. Daarbij werd stilgestaan bij de onderzoekscontext, de participanten, het materiaal, de dataverzameling en -verwerking.

Onderzoekscontext

Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met een Vlaams wzc. De directeur van het wzc had geen bezwaar tegen het onderzoek; hij was heel geïnteresseerd in het onderzoeksonderwerp en was bereid om deel te nemen. Het wzc is open sinds september 2016 en bestaat uit 120 kamers voor permanent verblijf.

De opdrachtverklaring en het hulp- en dienstverleningsaanbod van het wzc werden doorgenomen na toestemming van de directeur. In de opdrachtverklaring van het wzc staat dat iedere bewoner recht heeft op zorg op maat, volgens zijn eigen lichamelijke, psychische, sociale en geestelijke behoeften. Bovendien staat het woonzorgcentrum open voor verbetering en vernieuwing van de zorgverlening. Er wordt gestreefd naar een sfeer van samenwerking, overleg en open communicatie waarin het personeel kan werken. Binnen het hulp- en dienstverleningsaanbod worden verschillende thema's aangehaald zoals activiteiten, familie, infrastructuur, gezondheid, opname, religie, veiligheid, palliatieve zorg en houding van de medewerkers. Onder het luik 'houding van de medewerkers' komen een paar interessante punten aan bod. Daarmee werd rekening gehouden bij het afnemen van de interviews. Die punten zijn:

- Voordat de kamer wordt betreden, moet er altijd op de deur worden geklopt om toegang tot de kamer te vragen. Pas nadat de bewoner heeft geantwoord, mag de kamer worden betreden.
- Tijdens de verzorging moet maximale aandacht worden gegeven aan het feit dat zo weinig mogelijk lichaamsdelen onbedekt blijven.
- Er moet aandacht zijn voor vorming, training en opleiding. Vto-activiteiten moeten in onze organisatie in eerste instantie inspelen op moeilijkheden waarmee medewerkers nu en in de toekomst binnen hun werksituatie te maken krijgen, zodat hun mogelijkheden om de gewenste kwaliteit te kunnen blijven leveren, toenemen.

Participanten

Een doelgerichte steekproef werd samengesteld voor dit onderzoek. In het kader van dit onderzoek werd gewerkt met zorgkundigen en verpleegkundigen uit één wzc. Andere professionelen, zoals ergotherapeuten en kinesitherapeuten, werden niet gekozen om twee redenen. Ten eerste komen bewoners minder in contact met ergo- en kinesitherapeuten dan met verplegend en verzorgend personeel. De tweede reden betreft de anonimiteit van de ergotherapeuten en kinesitherapeuten, aangezien er slechts één à twee ergotherapeuten en kinesitherapeuten binnen

eenzelfde woonzorgcentrum werken. Daartegenover staat dat er verschillende verplegers en zorgkundigen in eenzelfde woonzorgcentrum zijn.

Alleen zorgkundigen en verpleegkundigen die niet uitsluitend in de zorgafdeling (gesloten afdeling) werken, werden geselecteerd. Dat geeft een beter zicht op de seksualiteit en noden die niet louter door ongeremd gedrag zichtbaar worden. In totaal werden dertien interviews afgenomen. Eén daarvan was een testinterview (interview 4) met de directeur in opleiding, waarbij ik mijn interviewvaardigheden kon oefenen. Zoals reeds vermeld nam de directeur van het woonzorgcentrum ook een interview af om kennis te maken met de werking en visie van het desbetreffende centrum.

De steekproef bestond oorspronkelijk uit 11 participanten, onder wie één man en 10 vrouwen. De voorliggende analyses zijn gebaseerd op de interviews met de vrouwelijke respondenten. De mannelijke en vrouwelijke seksualiteit van de bewoners wordt mogelijk anders beleefd door mannelijk dan door vrouwelijke zorgverleners. De mannelijke respondent werd niet opgenomen in de resultaten om bias te vermijden. De uiteindelijke steekproef telde dus tien deelnemers. De gegevens per participant staan in Tabel 1. De leeftijd van de participanten varieerde van 24 tot 52 jaar op het moment van afname, met een gemiddelde van 33.9 jaar. De mannelijke respondent was 58 jaar oud. Vijf personen waren verpleegsters en zes waren verpleegkundigen. De vrouwelijke participanten hadden tussen 1.5 jaar en 17 jaar ervaring binnen wzc's, met een gemiddelde van 5,7 jaar. Alle participanten hebben minstens in twee verschillende wzc's gewerkt. De deelnemers waren blank en van Vlaamse origine. Ze namen allemaal vrijwillig deel aan het onderzoek na het ondertekenen van de geïnformeerde toestemming.

Materiaal

De interviews werden opgenomen met een voicerecorder en met een Samsung Galaxy S7. Tijdens de afname van de interviews werden notities genomen over opvallende gezichtsuitdrukkingen of lichaamshoudingen. Op die manier kon de onderzoeker weer in de sfeer van het interview komen bij het analyseren van de transcripties. De duur van elk interview varieerde tussen 17 en 53 minuten. Vervolgens werden de uitgeschreven interviews geanalyseerd zonder gebruik te maken van een computerprogramma.

Procedure dataverzameling

Vóór de start van het onderzoek werd een aanvraagformulier ingediend bij de Ethische Commissie Humane Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. De aanvraag werd uiteindelijk

goedgekeurd.

De onderzoeker nam contact op met de directie en had vervolgens een gesprek met het bestuur van het woonzorgcentrum, Bij het eerste bezoek werden het doel, de opzet en het verloop van het interview uitgelegd. Achteraf werden flyers persoonlijk uitgedeeld in de verschillende open afdelingen om respondenten te vinden. Een tweede bezoek was nodig om mogelijke respondenten direct aan te spreken en hun gegevens te noteren. Vervolgens werd een afspraak gemaakt met de personen die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Met iedere participant werd een individueel moment afgesproken voor de afname van het interview. Vóór de start van het onderzoek gaven alle deelnemers hun toestemming voor het opnemen van het interview. De geïnformeerde toestemming is opgenomen in de bijlage. Er werd telkens twee uur vrijgemaakt per interview.

Binnen het kwalitatieve onderzoek werden alle deelnemers individueel geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad met open vragen. De interviewleidraad is terug te vinden in de bijlage. De structuur van de interviewleidraad zorgt voor een standaardisering van de vragen bij verschillende respondenten. Daarnaast kan het vrije karakter van het interview verloren raken door het vragenprotocol (Destelmans, 2013). Om dat te vermijden werd de eerste vraag die zich richt op seksualiteit van woonzorgcentra zo open mogelijk gesteld. Dat was een bewuste keuze, zodat de visie van de respondent duidelijk zou worden zonder te sturen. Elk interview kon, na het bevragen van algemene gegevens, vertrekken vanuit het antwoord van de respondent.

Procedure dataverwerking

De interviews werden geanalyseerd aan de hand van de interpretatieve fenomenologische analyse, kortweg IPA. Deze analyse exploreert in details hoe personen betekenis geven aan hun wereld en sluit daarom aan bij de fenomenologische benaderingen. Het staat op de principes van fenomenologie, hermeneutiek en ideografie (Smith, 2015). De IPA onderzoek probeert in de schoenen van de respondent te staan en probeert dit te verwoorden (Pietkiewicz & Smith, 2012). Die methode werd verkozen, omdat de onderzoeksvraag beschrijvend is (Mortelmans, 2013). Men is namelijk op zoek naar thema's die seksualiteit al dan niet bespreekbaar maken. IPA is waardevol, omdat ze niet op zoek is naar objectieve conclusies. Iedere persoon interpreteert de wereld op zijn manier. Die interpretatie wordt op haar beurt geanalyseerd en geïnterpreteerd door de onderzoeker (Smith & Osborn, 2013). Dat proces wordt zo transparant mogelijk gemaakt door de denkprocessen van de onderzoeker te noteren en mee te nemen in de analyses. Er wordt rekening gehouden met de context tijdens de interviewanalyses. In deze studie vormt het beleid van de wzc's, evenals de achtergrond van de participanten, de onderzoekscontext.

IPA bestaat uit verschillende stappen (Smith & Osborn, 2013). De interviewtranscripties werden eerst een aantal keren doorgelezen om vertrouwd te raken met de informatie. Daarnaast beluisterde de onderzoeker in deze studie telkens een paar minuten van het interview, om weer voeling te krijgen met de context. Bij het lezen van de transcripties werden interessante fragmenten van de respondent naast de transcripties genoteerd. Die werden samengevat in codes. Vervolgens werden de interviews opnieuw doorgenomen om thema's te identificeren op basis van de codes. Thema's zijn beknopte zinnen die naar de essentie van een stuk tekst verwijzen. Uiteraard kunnen thema's ook naar psychologische constructen verwijzen en geven ze de beleving van de respondent weer. In de volgende stap werden verbanden tussen de thema's gezocht. Op die manier werden thema's geclusterd tot overkoepelende thema's.

Bij dit onderzoek werden de eerste drie interviews apart geanalyseerd. Bij de analyse van het derde interview werd er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met bestaande thema's uit de eerste twee interviews. Na de derde analyse werden de thema's uit de eerste drie interviews samengebracht en geclusterd in een tabel. Vervolgens werden de eerste drie interviews een tweede keer geanalyseerd, rekening houdend met de bestaande thema's. De overige interviews werden geanalyseerd door op zoek te gaan naar de thema's uit de eerder gevormde tabel. Er werden een paar nieuwigheden opgemerkt, waardoor twee nieuwe thema's werden toegevoegd aan de tabel.

In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek wordt bij kwalitatief onderzoek niet gestreefd naar betrouwbaarheid, interne validiteit en externe validiteit. Bij kwalitatief onderzoek bestaan de kwaliteitsvereisten uit *interne betrouwbaarheid*, *geloofwaardigheid* en *generaliseerbaarheid* (Mortelmans, 2013). Kwalitatief onderzoek streeft niet naar externe betrouwbaarheid, aangezien men hier ervan uitgaat dat de werkelijkheid sociaal geconstrueerd is en evolueert. Bij kwalitatief onderzoek wil men garanderen dat verschillende resultaten in replicatieonderzoek het gevolg zijn van reële verandering of van methodologische beslissingen.

Eén manier om de interne betrouwbaarheid te versterken is door het basismateriaal en de analyses te laten controleren. Dat is een vorm van onderzoekerstriangulatie. Vier interviews en hun passende codes werden gecontroleerd door drie betrokkenen. Eén respondent gaf aan dat de gekozen thema's haar interview duidelijk weergaven. Eén contactpersoon van Aditi vzw kreeg een interview met thema's doorgestuurd. Ik kreeg feedback over de thema's met het advies om sommige thema's nog meer te differentiëren. Daarnaast werd het verloop van het onderzoek zo transparant mogelijk gerapporteerd. Enerzijds kregen de zelfreflecties van de onderzoeker een plaats in het onderzoek. Ik schreef mijn verwachtingen van het onderzoek op vóór het afnemen van de interviews.

Na elk interview pende ik kort mijn reflecties en indrukken neer. Daardoor werd ik me bewust van mijn opvattingen en de mogelijke invloed op de data-analyse. Vervolgens werd duidelijkheid geschept door alle beslissingen en moeilijkheden verbonden aan het onderzoek aan te geven. Dat werd beschreven in de dataverzameling en -verwerking.

Geloofwaardigheid verwijst naar de overeenkomst tussen de sociaal geconstrueerde realiteit van de respondenten en de vertaling van de onderzoeker. Dit wordt ook *respondentvaliditeit* genoemd. Om de geloofwaardigheid zo groot mogelijk te maken kreeg iedere deelnemer een kopie van zijn of haar interviewtranscript doorgestuurd via mail. Dat werd zo snel mogelijk na de afname gedaan. Alle deelnemers hebben een korte en duidelijke feedback gegeven. Eén deelnemer vroeg om de tekst vlotter te schrijven, onder andere zonder stopwoorden. De andere deelnemers gaven positieve feedback, waardoor niets werd aangepast. Vervolgens werd de onderzoekerstriangulatie weer toegepast op de data, waarbij ik aan mijn promotor vroeg om twee interviews apart te analyseren. Mijn promotor kreeg twee uitgeschreven interviews, zonder de thema's. De analyses werden vergeleken. Het bleek dat onze analyses overeenkwamen, maar dat de thema's anders werden benoemd en geclusterd. Dat heeft een invloed gehad op de uiteindelijke clustering. Daarnaast versterken de zelfreflecties en de transparantie over het verloop van het onderzoek de geloofwaardigheid.

De kwaliteitsvereiste van generaliseerbaarheid wordt nagestreefd door de resultaten te passen in bestaand onderzoek en door het bieden van een theoretische basis voor volgend onderzoek. Men probeert de resultaten niet te generaliseren naar de algemene populatie, maar wel op theoretische wijze te generaliseren (Mortelmans, 2013).

Resultaten

De uitgeschreven interviews werden geanalyseerd aan de hand van de IPA. In totaal werden vijf clusters en 21 thema's gevonden. De clusters en thema's worden opgesomd in Tabel 2. De eerste cluster betreft de verschillende spanningsvelden in de context van wzc's. De tweede cluster gaat over de probleemdefiniëring en de betrokkenen bij het nemen van beslissingen. De derde cluster staat stil bij overleg. De vierde cluster zoomt in op de houding van het verplegend en verzorgend personeel tegenover het thema seksualiteit binnen wzc's. De laatste cluster gaat over noden voor de toekomst die door de respondenten werden aangegeven. Verschillen en gelijkenissen tussen de respondenten worden bij elk thema besproken. Fragmenten uit de interviews worden toegevoegd om de analyse te verduidelijken.

Tabel 2

Clusters en thema's die voortvloeien uit de analyse

Cluster	Thema's	Aantal interviews waarin thema aan bod kwam
Spanningsvelden	Ik versus bewoner	7
	Ik versus familie	7
	Ik versus collega's	9
	Familie versus bewoner	6
	Bewoner (koppel) versus andere bewoners	5
Problemen	Probleemdefiniëring en belangstelling voor het probleem	11
	Impact van de familie op de beslissing	11
	Betrekken van de bewoner bij de beslissing	11
	Uiteindelijke beslissing	11
Overleg	Seksualiteit wordt weinig besproken	11
	Het belang van overleg	11

Cluster	Thema's	Aantal interviews waarin thema aan bod kwam
Houding tegenover de seksualiteit van de bewoners	Kennis van het personeel	10
	Normen en waarden van het personeel	11
	Grenzen bewaken	9
	Ervaring	11
	Opleiding	11
Noden voor de toekomst	Toekomstige generaties	5
	Nood aan meer bespreekbaarheid	6
	Nood aan een beleid	6
	Nood aan expertise	8

1. Spanningsvelden

In de beleving van het personeel bestaan er verschillende spanningsvelden binnen de context van wzc's. Spanningsvelden verwijzen niet alleen naar conflicten, maar ook naar meningsverschillen of verschillen in omgang tussen de respondenten. Uit de analyses komt naar voren dat het personeel spanningsvelden ervaart op verschillende niveaus. De respondenten worden geconfronteerd met de bewoners, de familie en hun collega's. Daarnaast merken de respondenten ook een spanningsveld tussen de bewoners en hun familie en tussen de bewoners onderling.

1.1 Ik versus bewoner

Alle respondenten moeten omgaan met avances, opmerkingen of betastingen van de bewoners. Die gaan meestal uit van mannelijke bewoners of vrouwelijke bewoners met dementie.

Verpleegkundigen en zorgkundigen hebben veel lichamelijk contact met de bewoners. Dat is voor veel respondenten confronterend, vooral wat de mannelijke bewoners betreft. Sommige respondenten hebben moeite met de aanrakingen. Voor sommigen ligt de grens bij het vasthouden van een hand. Als ze voelen dat het contact niet seksueel getint is, wordt het fysieke contact vergemakkelijkt.

R12: *Vooraf bij mensen die heel eenzaam zijn, die weinig bezoek krijgen. Dan zijn wij degenen die zulke dingen moeten kunnen opvangen. Als ze verdrietig zijn, geef je een keer een knuffel of hou je een keer hun hand vast.*

Een aantal respondenten is empathisch door zich in te leven in de bewoner. Als die respondenten een masturberende bewoner zien, hebben ze de indruk dat dat gênant is voor de desbetreffende bewoner. Eén respondente, daarentegen, gaf uitdrukkelijk aan dat het haar niet interesseerde. De meeste respondenten stellen zich in de plaats van de bewoners als ze de behoefte aan privacy beschrijven binnen wzc's, onder andere voor koppels. Zo kunnen koppels gestoord worden door het personeel, zoals de schoonmaakdienst.

R7: *Die [koppel] zitten met z'n tweeën op haar kamer. Waarom niet? Het enige waar ik het moeilijk mee heb, en zij ook: als ik mij in hun plaats zet, de poetsvrouw kan daar binnen en buiten. In plaats van een lampje of zo te gebruiken.*

Het spanningsveld tussen de bewoner en de respondenten is kleiner als er een vertrouwensband is tussen beiden. Dat is het geval wanneer het personeel het contact fijn vindt en de bewoners hun seksuele noden durven te uiten. Sommige respondenten zijn dus de vertrouwenspersoon geworden van een bewoner, waardoor de bewoner bij hen terecht kan om intieme zaken te bespreken.

1.1 Ik versus familie

In het grootste deel van de interviews werden moeilijkheden met de familie eerst aangehaald, boven op de noden van de bewoners.

Sommige respondenten vinden dat nieuwe koppels mogen worden gevormd, maar ze botsen tegen de mening van familieleden die het daar moeilijk mee hebben. Bij het zoeken naar een consensus met verschillende betrokkenen hebben de kinderen van bewoners het daar het meest moeilijk mee. Begrip voor de familieleden wordt ook getoond.

R9: *Ook mensen die niet akkoord gaan, begrijpen. Ik kan mij voorstellen dat als morgen mijn moeder hier zit en die is dementerend en wordt verliefd op iemand anders, dat dat ook niet gemakkelijk zal zijn. Ook daar begrip voor tonen.*

1.3 Ik versus collega's

Sommige collega's hebben meer moeite met bepaalde situaties dan andere. Zo heerst er geen consensus over het feit dat nieuwgevormde koppels in dezelfde kamer mogen slapen. De respondenten staan open voor de meningsverschillen van collega's. Na verloop van tijd leren de teamleden elkaar beter kennen, waardoor ze weten bij wie ze terecht kunnen en welke meningsverschillen er zijn. Sommige respondenten ervaren het taboe van seksualiteit bij hun collega's. Een respondent geeft aan dat jongere collega's meer openstaan voor het onderwerp dan oudere.

Daarnaast ervaren de respondenten onprofessioneel gedrag bij sommige collega's, omdat zij niet discreet zijn. Sommige collega's vinden het bijvoorbeeld grappig om verhalen van de bewoners door te vertellen.

R10: *Ja, onder collega's wordt er natuurlijk wel gepraat van: "Die heeft dat ook gezien." Zeg ik van: "Ja, ik heb het ook gezien." [...]*

Interviewer: *Wat doet dat met u om dat te bespreken met collega's?*

R10: *Ik vind dat grappig natuurlijk. Zo van: "Hij was weer bezig, hè."*

1.2 Familie versus bewoner

In de beleving van het personeel kunnen familieleden, vaak kinderen, de seksualiteit van de bewoners moeilijk een plaats geven. Meer bepaald wanneer de bewoners, al dan niet met dementie, in woonzorgcentra terechtkomen en een nieuwe relatie ontwikkelen. Volgens het personeel is dat moeilijk voor de familie, omdat de vorige partner overleden is of er een scheiding aan is voorafgegaan. Daarbij zou het niet passen bij het beeld van hun moeder of vader. Het personeel is zich bewust van het verwerkings- en aanvaardingsproces van de familieleden.

R7: *De dochter vindt het heel moeilijk. Haar vader is nog maar juist zeven jaar gestorven en haar moeder begint dan met iemand anders.*

1.5 Bewoner (koppel) versus andere bewoners

Sommige koppels zijn heel handtastelijk in open ruimtes, zoals de cafetaria. Het personeel ziet dat er opmerkingen worden gegeven door andere bewoners en dat daarmee wordt gelachen. Volgens de respondenten is het thema van seksualiteit nog niet ingeburgerd bij alle bewoners. Daardoor keuren sommige bewoners dat gedrag af.

R5: *Je merkt dat ook in groepen en ze zien dat van: "Oh nee, nee!" Dat is iets dat nog echt ingeburgerd moet worden.*

Een respondent geeft aan dat de bewoners gechoqueerd kunnen zijn door een kussend koppel. Een andere reden die wordt aangegeven, is de mogelijke jaloezie van de andere bewoners. Een deel van de respondenten negeert de opmerkingen van de andere bewoners, terwijl anderen daar iets over zeggen.

Vervolgens polsen de respondenten of beide partners in de nieuwe relatie gewillig zijn. Ze vrezen dat de ene bewoner de andere niet durft tegen te houden. Bij bewoners met dementie kan het zijn dat ze niet altijd doorhebben dat iemand intiem met hen wil zijn of dat ze ingaan op avances zonder zich daar bewust van te zijn. De respondenten willen de bewoners beschermen door te vermijden dat een andere bewoner van de situatie misbruik maakt.

2. Problemen

De respondenten gaven tijdens de interviews aan wanneer er sprake was van probleemsituaties. Bij het ontstaan van een probleem waren de respondenten zoekend en werden afspraken gemaakt. Er werd stilgestaan bij de zeggenschap van de bewoners en hun familie bij het nemen van beslissingen.

2.1 Probleemdefiniëring en belangstelling voor het probleem

De onderzoeker startte het interview met een brede vraag om na te gaan hoe de respondenten omgaan met de seksualiteit van de bewoners. Een deel van de respondenten benoemde snel het thema van grensoverschrijdend seksueel gedrag. De thema's familie en relaties binnen wzc's kwamen ook aan bod.

Interviewer: *Ik ga nu over naar seksualiteit binnen woonzorgcentra. Ik begin met een redelijk lange vraag. Hoe ga je om met seksualiteit of intimiteitsbeleving van de bewoners of hun noden op dat vlak?*

R11: *Dat is een moeilijke vraag eigenlijk. We proberen wel te kijken of de mensen zelf nog in staat zijn om beslissingen te nemen. Bij mensen met ongeremd gedrag of zo moet je dat in banen leiden, dat die niet ineens bij andere mensen in de kamer binnengaan. Voor de rest, als mensen hier een partner tegengekomen, staan wij daar zeker achter. We proberen zo veel mogelijk om de mensen de tijd te geven samen. Vaak wordt dat ook wel overlegd met de familie ook, wat zij ervan vinden. Voor de familie is dat meestal moeilijker dan voor ons om dat te zien natuurlijk. Als een van hun ouders een relatie aangaat. Ik vind het echt een heel moeilijke vraag.*

In de meeste gevallen worden de seksuele en intieme noden van de bewoner als problematisch gedefinieerd. Seksueel gedrag wordt begrepen als probleemgedrag. Dat gebeurt vooral vanuit het standpunt van het personeel en de familie: als de familie zich bijvoorbeeld zorgen maakt of als het personeel met een moeilijke situatie wordt geconfronteerd.

Een respondent merkt op dat het vaak moeilijk is voor de bewoners om noden kenbaar te maken. Als een bewoner met een vraag komt of problematisch gedrag vertoont tegenover zorgverleners of andere bewoners, wordt daar aandacht aan besteed. Een respondent geeft het voorbeeld van een partner die medicatie kwam vragen om te kunnen vrijen met zijn vrouw die last had van spasmen. De respondente was er zich niet bewust van dat de vrouwelijke bewoner seksuele behoeftes had en dat de spasmen het vrijen belemmerden.

Daarnaast zorgen bepaalde kenmerken van de bewoners dat er meer aandacht wordt besteed aan hun situatie. Kenmerken zoals dementie, een psychiatrische problematiek en fysieke achteruitgang hebben een negatieve invloed op de zelfstandigheid van de bewoner. Door fysieke achteruitgang kunnen bepaalde bewoners bijvoorbeeld niet meer zelfstandig in hun bed kruipen. Daardoor zouden koppels niet meer spontaan seks kunnen hebben in hun bed.

R1: *Als één van de twee partners fysiek achteruitgaat en er komt een tiller aan te pas om de persoon in bed te leggen. Dus die partner kan zelf bijvoorbeeld niet meer kiezen wanneer die in bed gaat liggen.*

2.2 Impact van de familie op de beslissing

Alle respondenten vinden het belangrijk om de gezinsleden van de bewoners bij de beslissing te betrekken. Als de familie niet akkoord gaat met een voorstel, wordt er ruimte gemaakt om naar hen te luisteren en worden ze soms gestimuleerd om dat te aanvaarden.

R5: *Dat is niet altijd gemakkelijk, maar als de familie nee zegt, proberen we er dan wel naar te luisteren, want uiteindelijk blijft dat nog altijd hun mama en papa.*

Een respondent geeft toe dat het personeel de neiging heeft om meer rekening te houden met de familie dan met de bewoner zelf gedurende het overleg. Zo werd het voorbeeld gegeven van een koppel van wie de familie het koppel niet op dezelfde kamer wilde zien. Sinds het overleg met de familie mogen de twee bewoners effectief niet meer samen in een kamer verblijven. Een andere respondent daarentegen vindt dat familie enkel betrokken kan worden als de bewoner niet meer beslissingsbekwaam is.

Als de familie contact tussen twee bewoners wil verbieden, geeft de meerderheid aan dat dat niet mogelijk is. Het personeel wil de relatie tussen de bewoners niet volledig afblokken en kan beide bewoners niet constant in het oog houden.

R1: *Zij [de kinderen] konden of wouden dat ook absoluut niet aanvaarden. Wie ben ik om dat te verbieden enerzijds? En anderzijds kan ik niet gelijk een moeder van tieners achter elke hoek gaan staan en kijken.*

2.3 Betrekken van de bewoner bij de beslissing

Alle respondenten zijn het erover eens dat het welbevinden van de bewoner belangrijker is dan de familie, maar toch worden de meeste gesprekken gevoerd met familie. Het is opvallend dat het team duidelijkheid wil voor er iets wordt gecommuniceerd naar de bewoner toe. Dat impliceert dat de bewoner meestal niet deelneemt aan het beslissingsproces.

R1: *Dat het niet één idee is op de afdeling, bijvoorbeeld het hoofd of een verpleegkundige die zegt: "Dit gaan we nu doen." En dat iedereen dat volgt. Maar dat er wel ruimte kan zijn om er binnen het team over te praten vooraleer er naar de bewoner toe iets wordt gecommuniceerd of afspraken worden gemaakt.*

2.4 Uiteindelijke beslissing

Het probleem lijkt opgelost te zijn wanneer de bewoner het seksuele gedrag, dat als ongewenst wordt gezien, niet meer vertoont. Volgens sommige respondenten moeten zowel de familie als de bewoner zelf akkoord gaan met de afspraak. Iedereen moet zich goed voelen bij de beslissing. Dat is soms het geval, maar er worden ook voorbeelden van compromissen gegeven.

R5: *Nee, ze [een koppel] zijn hier gekomen en ik weet wel dat de familie niet graag heeft dat die samen op de kamer liggen en dat wordt dan ook niet gedaan. Die mogen dan wel*

samen in het salonneke hier op de afdeling zitten, zodat we ze toch in het oog kunnen houden. Dan gingen zij ermee akkoord, dus dat is een compromis.

Een respondent gaf het voorbeeld van een situatie die was opgelost wanneer de bewoners zich daarbij hadden neergelegd. Vanuit een machtsverhouding of hiërarchie zouden bewoners geen standpunt durven in te nemen. De zorgverleners zijn tevreden als de familie een gebeurtenis of situatie kan plaatsen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij kinderen van wie de ouder een nieuwe partner heeft.

De bewoners worden op de hoogte gesteld van de uiteindelijke beslissing. Een uitzondering daarop vormen bewoners met dementie. Als de directeur een gesprek met een bewoner aangaat, merken de respondenten dat de bewoner daar soms moeite mee heeft. Volgens de respondenten worden de bewoners dan voorzichtiger.

3. Overleg

Overleg betreft de bespreekbaarheid met de verschillende betrokkenen in het wzc. Het belang daarvan werd door alle respondenten benadrukt gedurende de interviews. Meer bepaald gesprekken tussen het personeel onderling, met de bewoners, met de familieleden, met de directie en met de behandelende arts.

3.1 Seksualiteit wordt weinig besproken

Het personeel handelt veeleer reactief. Als alles goed verloopt, besteedt de meerderheid geen aandacht aan seksualiteit. Sommige respondenten voelen dat hun collega's hun eigen normen en waarden niet altijd durven uit te spreken. Volgens de respondenten komt het onderwerp van seksualiteit heel weinig aan bod. Als een bewoner over de grens gaat, dat wil zeggen als hij ongewenst gedrag vertoont, wordt daarover overlegd. En dan nog meestal als laatste puntje, na de bespreking van de zorg. Het thema van seksualiteit wordt dus meestal alleen aangehaald bij problemen.

R3: *Ja, als dat er echt over gaat, dan zullen we inderdaad bespreken wat we daarmee moeten doen.*

Die grens ligt ergens anders bij iedere respondent. Als ze worden geconfronteerd met de seksualiteit van de bewoners, zoals masturbatie, zeggen sommige respondenten liever niets.

R6: *Ik heb gedaan alsof ik dat niet had gezien en een half uur later belt hij dat zijn pampers is afgezakt. Dat kan niet, want die pampers kan niet zomaar afzakken, dus hij had zich*

gemasturbeerd. Dan heeft hij gebeld en toen stond er nog altijd op Google 'porno' en toen heb ik ook gedaan alsof ik dat niet had gezien.

Respondenten praten er liever niet over met de bewoner, omdat ze ervan uitgaan dat de bewoner in kwestie denkt dat zij niets hebben gezien. Wanneer een mannelijke bewoner bijvoorbeeld een erectie krijgt tijdens het wassen, laten ze geen stilte vallen.

R6: *Als ze een erectie krijgen als jij ze aan het wassen bent, weten ze dat jij het weet.*

R6: *In het begin waste ik gewoon verder, omdat ik niet wist wat ik moest doen. Nu zeg ik dat ik even naar buiten ga. Ik laat ze even doen en dan is hun schaamte weg en je eigen schaamte ook.*

De respondenten houden zich bezig met de noden van de bewoner wanneer hij of zij dat zelf aanhaalt. Ze willen niet nieuwsgierig lijken, de seksualiteit binnen het wzc promoten of neerbuigend overkomen. Ze vertrekken vanuit de visie dat de bewoners thuis zijn in het wzc. Daarnaast voelen ze dat het onderwerp taboe is voor de meerderheid van de bewoners, wat bewoners tegenhoudt om te praten. Het is om die redenen dat respondenten het thema van seksualiteit niet uit zichzelf gaan bespreken met de bewoners.

R2: *Bij die mensen is seks nog een taboe. Erover praten is ook al een serieuze stap voor hen eigenlijk.*

De directie wordt er alleen bij gehaald als de respondent het gevoel heeft dat een situatie niet acceptabel is.

R6: *Een bewoner die toen in bad zat en zei dat ik er mee in moest. Die heb ik eerst goed gezegd dat dat niet mag en dan ben ik naar de directie gegaan om te zeggen dat het gebeurd is en dat ik hem daarop heb aangesproken.*

Wanneer zoiets gebeurt, zal iemand van de directie met de bewoner gaan praten. Daardoor zal het ongewenste gedrag niet meer voorkomen. Soms verwachten respondenten actie van de directeur, door bijvoorbeeld bordjes met 'niet storen' te maken om op te hangen aan de kamerdeuren. Als de directie daar niet voor openstaat, heeft het personeel het gevoel dat zij niet verder kunnen.

3.2 Het belang van overleg

Door collega's te brieven zoeken bepaalde respondenten steun op. Ervaringen worden uitgewisseld en er wordt advies gegeven. Dat zorgt voor opluchting. Ze polsen of een bewoner hetzelfde gedrag vertoont bij hun collega's. Respondenten stellen die specifieke vraag om te bepalen of ze zelf een uitlokkende factor vormen. Als respondenten hulp nodig hebben om een beslissing te nemen over de seksualiteit van een bewoner, proberen ze er discreet over te praten met één collega. Dat doen ze met een collega die ze vertrouwen of met de hoofdverpleegkundige. Andere respondenten daarentegen geven aan dat elk verhaal van de bewoners persoonlijk is en dat het niet de bedoeling is dat dat wordt doorverteld. Slechts één respondente zal overleggen met haar collega's, zelfs als de bewoner vraagt om het niet door te vertellen.

De respondenten merken de effecten van de gesprekken op. Door het communiceren worden verschillende standpunten uitgewisseld.

R12: *Ik bevraag wel de meningen van alle partijen om te zien of zij een goed idee hebben of niet.*

Bespreekbaarheid zorgt er simpelweg voor dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de vragen of het gedrag van de bewoner. Het hele team wordt bijvoorbeeld verwittigd als een bewoner handtastelijk is. Door te debriefen met de bewoner, zijn familie en het team ontstaat er duidelijkheid voor iedereen. Bovendien creëert dat een sfeer van openheid, waardoor de betrokkenen meer over seksualiteit durven te praten, zoals tijdens de familieraad. Door aandacht te besteden aan de bewoner en eventueel met zijn of haar familie te overleggen, wordt er vertrouwen geschapen. Het zorgt ook voor de bewustwording van de seksualiteit en intimiteit van de bewoners binnen het team. Bespreekbaarheid kan ook leiden tot dankbaarheid. In het geval van de dame met jongdementie was haar partner heel tevreden over het feit dat het personeel zich zorgen maakte over haar. Sommige bewoners zetten de stap om over hun seksualiteit te praten met hun zorgverleners. Als de respondenten daarop ingaan, zijn de bewoners ook dankbaar.

4. Houding tegenover seksualiteit van de bewoners

De kennis en attitudes van het personeel beïnvloeden hun houding tegenover de seksualiteit van de bewoners. Die houding vertaalt zich meestal in het bewaren van grenzen tussen de respondent en de bewoner. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de rol van de ervaring en de opleiding bij de omgang met de seksualiteit van de bewoners.

4.1 Kennis van het personeel

De beheersingsmoraal waarmee de generatie van de huidige bewoners opgroeide, werd al meerdere keren aangehaald.

R5: Dat er ook zo een generatie is van "dat kan niet, dat mag niet". Die generatie achter ons zal misschien anders zijn. Ik denk dat dat ook van vroeger zo ingeburgerd is, van "dit mag of kan niet".

De respondenten zijn het erover eens dat ouderen het recht hebben om hun seksualiteit te beleven. En dat er nog sprake kan zijn van seksualiteit bij ouderen. Ze weten niet of alle bewoners nog seksuele behoeftes hebben. Er wordt een verschil opgemerkt tussen mannelijke en vrouwelijke bewoners. Volgens de respondenten is de seksualiteit van mannelijke bewoners veel meer aanwezig, omdat die ook meer zichtbaar is. Masturbatie werd benoemd bij mannelijke bewoners, maar niet bij vrouwen.

De noden of behoeftes van de bewoners worden door sommigen dus verward met het zichtbare seksuele gedrag. Als een bewoner geen seksueel gedrag vertoont, wordt dat geïnterpreteerd als een vermindering of afwezigheid van het seksuele verlangen. Een weduwe zou bijvoorbeeld minder behoefte hebben aan seksualiteit en intimiteit dan een vrouw met een partner.

R3: Ze zijn ook soms op een leeftijd gekomen dat ze daar geen nood meer aan hebben, omdat ze hun man niet meer hebben. Ze willen meestal na hun man niemand anders meer. Ze zijn daar te oud voor of dat spreekt hen niet meer echt aan, denk ik.

Interviewer: *Dan heb je het over de vrouwen?*

R3: *Ja.*

4.2 Normen en waarden personeel

De normen en waarden van het personeel bepalen wat ze acceptabel vinden op vlak van seksualiteit. Alle respondenten staan positief tegenover koppels. Het romantische aspect, zoals knuffelen en kussen, wordt als lief en schattig ervaren, in tegenstelling tot passie en vrijen.

R9: We hebben hier een paar koppels. Twee die al een koppel waren, maar ook een nieuw koppel dat hier gevormd is. Iedereen laat hen ook wel doen. Ze gedragen zich. Dat is eigenlijk mooi om te zien.

4.4 Grenzen bewaken

De meeste respondenten bewaken hun grenzen tegenover de bewoners. Die grenzen zijn anders voor iedere respondent afzonderlijk, afhankelijk van hun ervaring in de sector en hun persoonlijke levensgeschiedenis. Eén respondent is alert en geeft aan dat ze geen uitlokkende factor wil zijn.

R9: *Soms geven wij dingen aan die voor hen lijken op "ik mag verder gaan" of "ik mag wat seksueel getinte praat verkopen". Dat kan soms door te lachen of te jokken. Dan voel je van: oei, hier moet het stoppen, want dat prikkelt meneer of mevrouw.*

Drie strategieën worden toegepast door het personeel om hun grenzen te bewaken, namelijk: vermijding, humor en benoemen. Vermijding komt zowel fysiek als verbaal voor. Zo gaat een respondent de mannelijke bewoners voldoende uit de weg, zodat ze haar niet kunnen aanraken. Ze houden zich ook zo veel mogelijk recht, zodat mannelijke bewoners niet in hun decolleté kunnen kijken. Sommige respondenten beslissen om bepaalde bewoners niet te wassen, omdat ze eens door de bewoner in kwestie werden betast. Een collega neemt die taak dan over. Door een ander gespreksonderwerp aan te halen wordt de vermijding verbaal toegepast. Bijvoorbeeld als een mannelijke bewoner gedurende het wassen over zijn penis begint te praten. Als bewoners een kus, een knuffel of zelfs een tik op het achterwerk geven, gaan sommige respondenten er lachend mee om. Voor sommige respondenten is humor de eerste aanpak. Als het niet stopt, proberen ze het op een andere manier. Sommige respondenten vragen op een lachende toon wat de bewoner aan het doen is, terwijl ze weten dat hij masturbeert. Een respondent geeft toe dat ze dat doet, maar dat het eigenlijk verkeerd is, omdat het de bewoner verlegen maakt. Op andere momenten zijn sommige respondenten assertief en laten ze weten dat ze bepaalde uitspraken of gedragingen niet dulden.

R7: *Ik heb gezegd: "Een tweede keer doe je dat niet. Ik heb liever dat je van mij afblijft."*

Meestal stopt het gedrag dan. Communicatie naar de bewoners toe gebeurt op een beleefde en niet-controlerende manier. De respondenten willen niet betuttelend overkomen. Twee respondenten merken ook op dat ze een zelfverzekerde houding moeten aannemen. De bewoner reageert dan geschrokken of zal erom lachen. Meestal stopt het gedrag dan ook.

4.5 Ervaring

Alle respondenten hadden al binnen de thuiszorg of in ziekenhuizen gewerkt. Een deel van de respondenten relateert hun eigen ervaring, terwijl anderen er meer belang aan hechten.

Respondenten relativeren hun eigen ervaring misschien omdat ze vrezen dat ze niet aan de verwachtingen van de interviewer voldoen.

In het begin van hun werkcarrière waren de meeste respondenten zoekend. Ze werden namelijk geconfronteerd met de seksualiteit van de bewoners. Met de jaren ervaring hebben ze vooral geleerd om hun grenzen te stellen tegenover de bewoners.

4.6 Opleiding

Er werd gevraagd of het thema van seksualiteit en intimiteit van ouderen gedurende de opleiding van de respondenten werd behandeld. De antwoorden waren divers, maar de meerderheid gaf aan dat het onderwerp niet werd gezien binnen de vakken. Dat was zowel bij verpleegkundigen als zorgkundigen het geval. De diversiteit wordt misschien verklaard door het feit dat de respondenten via keuzevakken in aanraking kwamen met het onderwerp. Diegenen die er niets of weinig over hebben geleerd tijdens de lessen, werden geconfronteerd met het thema seksualiteit gedurende hun stage of hun werk.

5. Noden voor de toekomst

Op het einde van het interview werd gevraagd naar eventuele noden aangaande de seksualiteit en intimiteit van de bewoners. Het personeel sprak over wat zij, evenals de bewoners, in verband met dat onderwerp nodig hebben in de context van wzc's.

5.1 Toekomstige generaties

Alle respondenten zijn het erover eens dat de komende generaties ouderen mogelijk opener zullen zijn op vlak van seksualiteit. Dat zou zich manifesteren in gedrag of in gesprekken. Dat impliceert ook dat er een verandering in mentaliteit bij wzc's nodig is. Die noden betreffen de bespreekbaarheid, het beleid, de expertise, de privacy van de bewoner en de aandacht voor de bewoner.

5.1 Nood aan meer bespreekbaarheid

De respondenten geven aan dat ze het thema van seksualiteit van de bewoners bespreekbaar willen maken. Het betreft onder andere communicatie met de bewoners, familie, directie, maar ook met de studenten die stagelopen in het wzc. Ze willen daarin groeien, omdat dat meer bewustheid rond het onderwerp zou creëren.

5.2 Nood aan een beleid

Het is opmerkelijk dat geen enkele respondent terugvalt op het beleid van het wzc bij handelingsonzekerheid. Toch gaf de meerderheid van de deelnemers aan dat een beleid rond intimiteit en seksualiteit van de bewoner in elk wzc wenselijk is.

Elke situatie is verschillend, waardoor ze liever een niet-protocolaire aanpak verkiezen rond dit thema. Algemene regels vastleggen rond intimiteit bij bewoners lijkt moeilijk. Een respondent merkt op dat ze die niet-protocolaire benadering niet gewoon zijn.

R1: *Ik vind heel vaak dat dat voor mij een grijs verhaal is, waarmee ik dat niet zwart-wit bedoel van "we volgen een protocol", want heel vaak zijn verpleegkundigen standaard opgeleid om protocollen te volgen. Heel standaard, infuustherapie, bloedafname. Dat zijn heel vaste elementen waar je niet te veel van gaat afwijken. Terwijl ik net hier vind dat het erg belangrijk is om naar het individuele verhaal te luisteren.*

De omgang hangt af van de omstandigheden. Er wordt rekening gehouden met de bewoner zelf en indien nodig ook met de familie van de betrokkene. Dat betekent dat er nood is aan een algemeen beleid, los van specifieke problematieken. Procedures rond rapportage van problemen en overleg moeten worden beschreven. Procedures rond rapportage geven aan wie het aanspreekpunt is bij vragen van de bewoners en het personeel. Procedures rond overleg betreffen de vaste overlegmomenten voor het bespreken van intimiteit en seksualiteit van de bewoners. Hier wordt beschreven wie daaraan mag of moet deelnemen. In de multidisciplinaire vergaderingen of het opnamegesprek met de bewoner zou er bijvoorbeeld tijd gemaakt kunnen worden om dit thema aan te halen.

De respondenten geven aan dat iedereen zich in het beleid moet kunnen terugvinden. Er werd voorgesteld om het beleid te bespreken gedurende de sollicitatiegesprekken om na te gaan of de visie van de kandidaten overeenkwam met het beleid van het woonzorgcentrum. Het beleid rond de intimiteit en seksualiteit zou ook worden meegedeeld aan nieuwe bewoners.

5.3 Nood aan expertise

De nood aan expertise verwijst naar de kennis over de seksualiteit van ouderen, maar ook de handelingswijzen in het geval van probleemsituaties. De expertise kan volgens de respondenten zowel intern als extern toenemen. Met intern wordt verwezen naar het personeel van wzc's. Ze kunnen leren over het onderwerp via hun opleiding en bijscholing. Toch benadrukken respondenten het verschil tussen theorie en praktijk. Het lijkt beter om daar aandacht aan te besteden gedurende

de stage dan in de lessen.

De vraag naar gepaste reacties bij ongewenst gedrag wordt vaak gesteld. Geen enkele respondent formuleerde een vraag om het thema seksualiteit te bespreken met de bewoners. Anderzijds is externe expertise ook mogelijk via een professional in het domein en via onderzoek. Psychologen of seksuologen zouden de rol van extern adviseur kunnen opnemen.

5.4 Bewoners hebben behoefte aan individuele aandacht en privacy

De bewoners van het woonzorgcentrum vulden tevredenheidsenquêtes in waaruit bleek dat de zorg goed was, maar dat ze het menselijk contact misten. Bewoners zouden het bijvoorbeeld appreciëren om koffie te drinken met het personeel. Dat is breder dan seksualiteit, maar als er meer mogelijkheden zijn om te praten, kan onder andere seksualiteit ook meer aan bod komen. Door tijd met elkaar door te brengen groeit het vertrouwen en voelt de bewoner zich veilig om over zijn behoeftes te praten. Een respondent geeft toe dat ze het heel druk hebben, maar dat ze daar toch tijd voor moeten maken. Daarnaast dachten respondenten ook aan individuele aandacht, al dan niet in functie van seksualiteit. Dat zou mogelijk zijn aan de hand van seksuele dienstverlening.

***R3:** Ik was aan het denken aan bijvoorbeeld zo'n massage voor de mannen. Ik weet het niet. Dat dat wel leuk zou zijn voor hen. [...] Het is eerder aandacht dan seksualiteit. Niet per se seks, maar toch zo wat aandacht van een vrouw of zo.*

***R12:** Ja, ik vind dat dat wel kan. Ik ben daar heel open in, voor mij is dat geen probleem. Die meneer had ook zijn vaste prostituee die om de zoveel tijd dan langskwam.*

Verder merken de respondenten op dat bewoners weinig privacy hebben. Het personeel heeft het idee om bordjes met 'niet storen' aan de kamerdeuren op te hangen. Daarnaast werd een aparte kamer met een bed voor koppels voorgesteld.

Conclusie en discussie

Conclusie

Deze beschrijvende studie probeerde na te gaan hoe seksualiteit en intimiteit bij bewoners als thema wordt opgenomen door verpleegkundigen en zorgkundigen die in wzc's werken. Dat werd onderzocht aan de hand van een literatuurstudie en kwalitatief onderzoek. De focus lag op mogelijke uitdagingen, hindernissen en helpende factoren, en op noden voor de toekomst.

Na de analyse van de studie werden de resultaten samengevat in vijf clusters. Er bestaan verschillende spanningsvelden in de context van wzc's. Meer bepaald tussen de personeelsleden en

de bewoners, hun familie en collega's. Net als tussen de bewoners en hun familie en tussen de bewoners onderling. Seksualiteit wordt vaak als een probleem gedefinieerd en daarrond worden afspraken gemaakt. Verder gaat ieder personeelslid op zijn manier om met de seksualiteit van de bewoners. De seksualiteit van de bewoners wordt weinig besproken, maar het belang aan overleg wordt benadrukt. Verpleegkundigen en zorgkundigen werkzaam in wzc's hebben hun noden duidelijk gemaakt. Deze onderzoeksresultaten vormen een aanzet voor verder onderzoek.

De analyse van de mannelijke respondent werd niet in de resultaten beschreven. Dit interview kwam grotendeels overeen met die van de vrouwelijke respondenten, behalve op het vlak van confrontatie met de seksualiteit van de bewoners. Respondent 8 hanteert eveneens een reactieve houding bij het bespreken van de seksualiteit van de bewoners. De respondent is daar discreet in en benoemt de problematieken. In tegenstelling tot de vrouwelijke respondenten heeft hij nooit opmerkingen gekregen en werd hij nooit betast door mannelijke en vrouwelijke bewoners. Hij neemt wel een ondersteunende rol op als collega's met vragen zitten. Het spanningsveld tussen de familie en de bewoners werd ook aangegeven door de mannelijke respondent. Hij gaat ervan uit dat er eerst afspraken moeten worden gemaakt om de bewoner vervolgens op de hoogte te stellen. De noden die hij formuleerde, zijn de nood aan privacy voor de bewoner, de nood aan expertise en de nood aan een beleid om een duidelijk kader te creëren. Uit deze interviewanalyse worden geen conclusies getrokken, maar het belang voor verder onderzoek met mannelijke respondenten wordt benadrukt.

Er bestaan gelijkenissen en verschillen tussen de bestaande literatuur en ons onderzoek. De beroepsprofielen van verpleegkundigen en zorgkundigen belichten een totaalaspect in de taken (Federale Raad voor Verpleegkunde 2016b; Federale Raad voor Verpleegkunde, 2016a), maar uit ons onderzoek blijkt dat zorg voorrang krijgt. Uit de analyses blijkt dat seksualiteit niet tot de prioriteiten behoort. Het thema wordt meestal niet besproken zolang de zorgverleners er niet mee worden geconfronteerd. Toch komen alle personeelsleden ermee in aanraking, zoals blijkt uit het onderzoek van Bossuyt (2007). Zoals aangegeven door Belik et al. (2016) merken de respondenten van ons onderzoek dat mannelijke bewoners masturberen. Flirtgedrag en fysiek contact opzoeken (Hubbard et al., 2003), komt volgens de respondenten ook voor binnen wzc's.

Uit onderzoek blijkt dat er enige kennis rond seksualiteit van bewoners, maar de respondenten kunnen hier niet op ingaan wanneer er wordt doorgevraagd. Bossuyt (2007) en Mahieu (2014) gaven aan dat de kennis van het personeel over seksualiteit van ouderen beperkt tot matig is. Op basis van ons onderzoek zou dat verklaard kunnen worden door een gebrek aan

aandacht voor dit onderwerp binnen de opleiding en bijscholing.

De drempels die in de literatuur worden beschreven, werden ook aangegeven door de respondenten. Gaande van familie (Frankowski & Clark, 2009) en het gebrek aan privacy (Heath, 2011) tot de openheid van de directie (Bossuyt, 2007). De erkenningsnormen- en waardenbinnen wzc's (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016) werden niet expliciet benoemd in de interviews. Overleg over een specifieke situatie van een koppel vindt plaats gedurende de gebruikersraad, die door de respondenten 'familieraad' wordt genoemd. Seksualiteit, intimiteit en privacy van bewoners zouden dus een plaats kunnen krijgen binnen de gebruikersraad. Hierbij stelt men zich de vraag of bewoners uit zichzelf hun seksuele noden durven te uiten binnen deze context. Het is zo dat weinig bewoners uit zichzelf over seksualiteit zullen spreken. De beheersingsmoraal waarin de huidige bewoners van wzc's opgroeiden (De Cock, 2000), werd in alle interviews aangegeven. Binnen ons onderzoek zou die taboesfeer een drempel vormen voor de bewoner om over zijn seksualiteit te praten. Bovendien zijn sommige respondenten ook niet geneigd om er met de bewoners over te praten, omdat ze ervan uitgaan dat het een taboeonderwerp is voor deze generatie ouderen.

De respondenten van ons onderzoek zijn nog zoekend in het omgaan met de seksualiteit van de bewoners. Dit komt overeen met de conclusie van Mahieu (2014). Ieder personeelslid gaat daar op zijn of haar manier mee om, zoals beschreven door Bossuyt (2007). In tegenstelling tot de studie van Bossuyt (2007) wordt er weinig medicatie toegediend om de seksuele behoeftes van bewoners te dempen. Ideeën zoals bordjes met 'niet storen' op de kamerdeuren (Van Velthoven et al., 2016) of seksuele dienstverlening (Aditi vzw, 2018, blogbericht) werden ook voorgesteld. Het wzc waarin deze studie plaatsvond regels opgesteld voor het geval dat er zich probleemsituaties zouden voordoen. Dit komt overeen met het onderzoek van Bossuyt (2007), heeft Toch gaf een deel van de respondenten ook aan dat ze zelfverzekerd waren, wat ook blijkt uit het onderzoek Van Velthoven et al. (2016). Bewoners willen leren omgaan met de probleemsituaties. Hetzelfde resultaat werd trouwens tien jaar geleden ook gevonden door Bossuyt (2007). Daarvoor zou een beroep kunnen worden gedaan op het voorstel van Belik et al. (2016) rond seksueel ongepast gedrag. Zij kwamen met een voorstel rond de aanpak van seksueel ongepast en ontremd gedrag. Dat passen ze toe in interventies die bestaan uit vier doelstellingen. Ten eerste wordt het gedrag zodanig begrensd dat de oudere zich niet afgewezen voelt. Vervolgens moeten verzorgenden leren om zichzelf te beschermen en wordt het team gemobiliseerd om het probleem samen aan te pakken. Daarbij worden het gedrag en de mogelijke oorzaken goed in kaart gebracht. Daarvoor wordt er gekeken naar de levensgeschiedenis van de bewoner, zijn cognitieve toestand, prikkels in de

omgeving die het gedrag uitlokken en de mate van privacy. Een bewoner zou bijvoorbeeld niet kunnen masturberen door een gebrek aan privacy. De verschillende doelstellingen werden niet uitgewerkt. Desondanks moet het personeel niet alleen leren omgaan met ongewenst gedrag, maar ook met de seksuele behoeftes van de bewoners. Deze worden niet altijd geuit door de bewoner. In de literatuur werd er geen voorstel gevonden om deze gesprekken aan te gaan met bewoners van wzc's.

De bespreekbaarheid van het onderwerp kwam slechts naar voren in het onderzoek van Mahieu (2014). Dat kan mogelijks worden verklaard door de evolutie van de tijdsgeest sinds de vorige onderzoeken. In 2007 werd door personeelsleden een nood aan verandering op maatschappelijk niveau geuit (Bossuyt, 2007).

Discussie

Kwalitatief onderzoek werd verkozen om in aanraking te komen met de visie van het verzorgend en verplegend personeel in wzc's. Dat soort onderzoek levert rijke informatie op. Zoals Destelmans (2013) aangeeft, is interviewen een kunst. De interviewer maakt deel uit van het onderzoek. Aan de hand van de interviews die ik gedurende mijn opleiding heb afgenomen en het interview met de directeur in opleiding kon ik mijn vaardigheden oefenen en de interviewleidraad testen. Ik leerde om contact te leggen met de respondent en won aan zelfvertrouwen. Toch reflecteerde ik achteraf veel over mijn vraagstelling. De interviewleidraad bestaat uit open vragen om de respondenten niet te sturen. De vragen die nog naast de interviewleidraad werden gesteld, waren soms gesloten ja-nee vragen. Ik ging daar niet altijd op in. Vervolgens kan men zich afvragen of het gebrek aan positiviteit rond het thema seksualiteit niet aan de vraagstelling ligt. Vragen die starten met "Waar loop je tegenaan ...?" insinueren mogelijk dat seksueel gedrag bij bewoners problematisch is.

De resultaten van dit onderzoek kunnen niet veralgemeend worden naar de hele populatie van zorgkundigen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in wzc's. Ze kunnen alle wzc's wel aanzetten tot reflectie. De verkregen resultaten impliceren dat het belangrijk is om te luisteren naar de noden van het verplegend en verzorgend personeel. De respondenten gaven aan dat verandering nodig is. Door het thema bespreekbaar te maken kan de expertise groeien, bijvoorbeeld via de vto-activiteiten. Dat kan worden opgenomen in de opdrachtverklaring van een wzc, waarbij wordt gestreefd naar overleg en open communicatie. Daarnaast is stilstaan bij het welzijn van de bewoners eveneens belangrijk. Iedere bewoner heeft recht op zorg op maat. Er kunnen vragen worden gesteld bij de mogelijkheden die bewoners hebben om over hun seksualiteit te spreken. Naast persoonlijke

kenmerken botsten respondenten op collega's die daar niet voor openstaan. Bovendien voelen ze de beschreven spanningsvelden ook aan. Het personeel moet dus niet alleen leren omgaan met ongewenst gedrag, maar ook met de seksuele noden van de bewoners. Dat betreft zowel de seksualiteit van mannen als die van vrouwen. Het is nog niet duidelijk of het personeel er zich comfortabel bij zou voelen om uit zichzelf het onderwerp van seksualiteit van de bewoners aan te halen. Uiteindelijk zou de nood aan een beleid rond seksualiteit van de bewoners ook in de erkenningsvoorwaarden en -normen van wzc's kunnen worden opgenomen.

Het interview bij de mannelijke respondent vormt een indicatie om hetzelfde onderzoek uit te voeren bij uitsluitend mannelijke respondenten. Zij vormen een minderheid binnen het verzorgend en verplegend personeel, maar er kan ook rekening worden gehouden met hun beleving en visie over seksualiteit van ouderen in de opleiding, bijscholing en beleidsvorming. Om na te gaan of er een verandering nodig is op overheidsniveau zou hetzelfde onderzoek in verschillende wzc's moeten worden gedaan. Sommige wzc's hebben mogelijk al een open cultuur, waarbij rekening wordt gehouden met zowel de noden van het personeel als van de bewoners. Binnen sommige wzc's zijn de spanningsvelden mogelijk minder aanwezig. Die wzc's zouden als voorbeeld kunnen fungeren. Toekomstig onderzoek moet zich dus richten op verschillende wzc's, waarbij minstens één keer uitsluitend mannelijke respondenten worden bevraagd.

Besluit

Het doel van dit onderzoek was het vernemen van eventuele noden van verpleegkundigen en zorgkundigen in verband met de seksualiteit van bewoners van wzc's. Dit werd onderzocht aan de hand van kwalitatief onderzoek. De afgenomen interviews werden geanalyseerd aan de hand van de interpretatieve fenomenologische analyse. De respondenten van ons onderzoek zijn nog zoekend in het omgaan met de seksualiteit van de bewoners. Over het algemeen blijkt dat het thema van seksualiteit binnen woonzorgcentra meer bespreekbaar moet worden en dat de expertise rond dit onderwerp moet groeien. Stilstaan bij het welzijn van de bewoners is eveneens belangrijk, waarbij seksueel gedrag niet als problematisch wordt begrepen. Ieder wzc zou deze noden in een beleid kunnen schrijven.

Referenties

- Aditi vzw. (11 mei 2018). Seksuele Dienstverlening [Blogbericht]. Geraadpleegd via <http://aditivzw.be/nl/aanbod-en-prijzen/seksuele-dienstverlening>
- Agentschap Zorg en Gezondheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Zorginspectie. (2016). *Interpretatie van de erkennings - woonzorgcentra (WZC), rust- en Verzorgingstehuizen (RVT) en centra voor kortverblijf (CVK) ingebed in een woonzorgcentrum*. Geraadpleegd via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/NORMINTERPRETATIES%20WZC-RVT-CVK%2022-01-2016_0.pdf
- Belik, S., De Jong M., & Hazelhof, T. (2016). 'Wil je ermee spelen?' Seksuele gedragsproblematiek bij mensen met dementie. *Denkbeeld*, 28(1), 30–32
- Bossuyt, E. (2007). *Seksualiteitsbeleving bij bewoners van Rust- en Verzorgingstehuizen: een bevraging van Verzorgingstehuizen* (Masterthesis). Geraadpleegd via <http://slideflex.net/doc/4052345/seksualiteitsbeleving-bij-bewoners-van-rust-%E2%80%93en-verzorgin...>
- De Cock, L. (2000). *Open voor bloot : liefde, intimiteit en seksualiteit na vijftig*. Amersfoort, Nederland: Drukkerij de Globe
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). the Advantages of an Inclusive Definition of Attitude, 25(5), 582–602.
- Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid. (2004). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België* (Onderzoeksopdracht 2004/DGSOC 32036). Geraadpleegd via <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/187809/1/vergrijzing.pdf>
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2011). *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025 SYNTHESE* (KCE reports 167A). Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/nl/publication/report/toekomstige-behoefte-aan-residenti%C3%ABle-ouderenzorg-in-belgi%C3%AB-projecties-2011-2025#.WSP_dmjyIU
- Federale Raad voor Verpleegkunde. (2016a). *Advies betreffende de uitvoering van het competentieprofiel van de Zorgkundige*. Geraadpleegd via http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/avis_2016-02_-_mise_en_oeuvre_du_profil_aide-soignant_signe_0.pdf

- Federale Raad voor Verpleegkunde. (2016b). *Beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg*. Geraadpleegd via http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde/19081904.pdf
- Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2009). Sexuality and Intimacy in Assisted Living: Residents' Perspectives and Experiences. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC*, 6(4), 25–37. doi:10.1525/srsp.2009.6.4.25
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (2009). *Seksuologie* (2e herziene druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- Heath, H. (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. An RCN discussion and guidance document for the nursing workforce. *Nursing Older People*, 23(6), 14-20. doi:10.7748/nop2011.07.23.6.14.c8585
- Hubbard, G., Tester, S., & Downs, G. M. (2003). Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *International Journal of Design*, 23(1), 99–114. doi:10.1017/S0144686X02008991
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300-306. doi:10.4103/0019-5545.91902
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46(1), 46–56. doi: 10.1080/00224490802624414
- Mahieu, L. (2014). Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen. *Zorgwijzer*, 44(4), 14-15.
- Metson, C. M. (1997). Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167(4), 285–290.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, België: Uitgeverij Acco
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2012) Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361-369.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3^e editie). London, Verenigd Koninkrijk: SAGE Publications

- Smith, J.A., & Osborn, M. (2003) Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London, Verenigd Koninkrijk: SAGE Publications
- Swinnen, A. (2011). Seksualiteit van ouderen: Enkele casussen en de implicaties daarvan voor de kennis- en attitudevorming bij hulpverleners. *Seksualiteit van ouderen: Een multidisciplinaire benadering* (pp. 33-53). Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press
- Van Lunsen, R., & Laan, E. (2017). *Seks! Een leven lang leren*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Promotheus.
- Van Velthoven, J., Messelis, E., & Van Houdenhove, E. (2016). Seks in het woonzorgcentrum: geen evident verhaal. *Gerōn*, 1, 49-51. doi:10.1007/s40718-016-0020-3
- World Health Organisation. (2010). *Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists* (Federal Centre for Health Education). Cologne, Duitsland. Geraadpleegd via http://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf

Bijlagen

Interviewleidraad

Inleiding

Ik zit momenteel in mijn 2e master psychologie aan de VUB. In het kader van mijn thesisonderzoek wil ik weten hoe het personeel van woonzorgcentra omgaat met de seksualiteit van de bewoners. Elk personeelslid heeft zijn eigen verhaal en visie rond dit onderwerp en daarin ben ik heel geïnteresseerd. Gaat u nog steeds akkoord met het feit dat het interview wordt opgenomen? Ik wil u bedanken voor de deelname aan het onderzoek.

Semi-gestructureerd interview

- Demografische gegevens
 - Hoe oud bent u?
 - Welke functie beoefent u momenteel?
 - Hoeveel jaar ervaring heeft u binnen deze functie?
- Seksualiteit binnen WZC
 - Hoe gaat u om met de seksualiteit of intimiteitsbeleving van de bewoners of de noden van uw bewoners op dit vlak?
 - Bijvragen
 - Hoe is dit voor u?
 - Om welke redenen gaat u er op deze manier mee om?
 - Is dat ooit anders geweest?
- Hindernissen
 - Waar loopt u tegenaan als het gaat over de seksualiteit van de bewoners?
 - Waarom is dit zo moeilijk voor u?
 - Bijvragen:
 - Hoe voelt u zich in dergelijke situaties?
 - In welke mate speelt het beleid van het WZC rond de seksualiteit en privacy van de bewoners een rol hierbij?
- Helpende factoren
 - Welke situaties verlopen dan wel gemakkelijker?
 - Met wat heeft dit te maken?
 - Bijvragen:
 - Heeft uw opleiding hieraan bijgedragen?
 - Waarom vindt u wel/geen steun bij uw collega's?
- Noden
 - Wat zijn noden voor de toekomst?
 - Op welke manier zou dit gedaan kunnen worden volgens u?

Slot

Heeft u nog vragen?

Hartelijk bedankt voor uw deelname!

Toestemmingsverklaring (Informed consent)

Seksualiteit binnen woonzorgcentra: De beleving van het personeel

Ik geef toestemming aan masterstudente Anaïs Druart, om een interview af te nemen bij mezelf over het thema "Seksualiteit binnen woonzorgcentra". Hierbij verklaar ik op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van het onderzoek. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht om op elk moment zonder opgave van redenen de deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Ik heb het recht om de opname van het interview te weigeren.

Mijn persoonsgegevens zullen enkel bekend zijn voor de onderzoeker Anaïs Druart en haar promotor Hubert Van Puyenbroeck. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. De eventueel daaruit volgende wetenschappelijke publicaties en presentaties zullen volledig geanonimiseerd gebeuren. Ik weet dat de opname van het interview uitsluitend voor de analyse zal worden gebruikt.

Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Indien ik meer informatie wil, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot Anaïs Druart (Anais.Druart@vub.be) of haar promotor (Hubert.van.puyenbroeck@vub.be).

Naam deelnemer:

.....

Handtekening deelnemer:

.....

Datum:/...../.....

Naam onderzoeker:

.....

Handtekening onderzoeker:

.....

Datum:/...../.....

Hartelijk dank voor uw bijdrage!