



Vrije Universiteit Brussel

Seksualiteitsbeleving bij bewoners van Rust –en Verzorgingstehuizen: een bevraging van intermediairs.

Eindverhandeling tot licentiaat in de Sociale Agogiek

Student: Eva Bossuyt

Promotor: Prof. Dr. T. Klai

Organisatie: Sensoa

Academiejaar 2006–2007

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Seksualiteitsbeleving bij bewoners van Rust -en Verzorgingstehuizen: Een bevraging van intermediairs.

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van licentiaat in de Sociale agogiek door

Bossuyt Eva

Academiejaar 2006-2007

Promotor: Prof. Dr. T. Kläi

Aantal woorden: 19 837



Samenvatting

Dit onderzoek peilt naar hoe de seksualiteit van bewoners in een Rust -en Verzorgingstehuis door intermediairs beleefd wordt. Intermediairs zijn alle personen die dagelijks in contact komen met de bewoners van de RVT's. Daarbij wilden de onderzoekers te weten komen of reeds een beleid is in het RVT, wat de persoonlijke meningen zijn van de intermediairs en wat er verder leeft rond dit thema in RVT's.

Er is slechts weinig onderzoek gevoerd naar deze thematiek. Dit is dan ook een exploratief onderzoek. Er werden reeds wat vooronderstellingen uit de literatuurstudie gehaald. Deze zijn dat seksualiteit niet verdwijnt, ook niet op hoge leeftijd. Het vermoeden bestaat ook dat de ouderen die nu in de RVT's verblijven een andere mentaliteit hebben dan de ouderen die binnenkort gaan binnenkomen in de RVT's. Zij zullen mogelijks veeleisender, mondiger en meer open zijn. Er wordt ook gedacht dat het taboe rond ouderen en seksualiteit nog niet verdwenen is.

Uit de literatuur bleek dat de kennis, de attitude en het gedrag van de intermediairs niet positief is. Aan de hand van tien interviews werd achterhaald dat dit in dit onderzoek beter meevalt. De kennis van de intermediairs is naar hun eigen mening inderdaad beperkt. De meeste intermediairs zijn nooit geïnformeerd geweest over dit thema en verklaren te weinig achtergrondinformatie te hebben om met probleemsituaties om te gaan.

De omgang met seksualiteit is soms problematisch, vooral als het om moeilijke gevallen gaat zoals bij demente of agressieve bewoners. De intermediairs tonen wel een positieve attitude tegenover de seksualiteit van de bewoners. Zij melden bereid te zijn om daar vorming over te volgen en om iets te doen rond het thema in het RVT.

We concluderen dat er dringend meer onderzoek naar deze thematiek moet komen en dat het thema uit de taboesfeer gehaald moet worden.

Dankwoord

Deze eindverhandeling is mede tot stand gekomen door de steun van enkele mensen. Deze wil ik hier van harte bedanken.

Ik wil eerst en vooral de Wetenschapswinkel bedanken voor hun lovenswaardige werk met de studenten. Zij bieden uiterst interessante onderwerpen aan en verzorgen verder het goede verloop van de contacten. Ik werd heel goed aangemoedigd en ondersteund. Ik wil Mevr. Ils De Bal daar in het bijzonder voor bedanken.

Ook Mevr. Ilse Van de Velde van Sensoa wil ik bedanken voor het vertrouwen in mij om dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Verder bedank ik Sensoa voor het interessante onderwerp en voor de kans die ze me geboden hebben om iets bij te dragen tot het wetenschappelijke onderzoek over seksualiteit en ouderen.

De directie van de Rust -en Verzorgingstehuizen die hun medewerking verleenden ben ik ook dank verschuldigd. Zij boden me het vertrouwen om hun werking in vraag te stellen en om het personeel hun eigen mening te laten geven. Dit vergt een open mentaliteit en ik wil hen daar voor bedanken. Ook de intermediairs wil ik bedanken voor hun tijd en hun eerlijke antwoorden.

Ook mijn ouders wil ik bedanken voor de kansen die ze me gaven om deze opleiding te doen slagen. Mijn moeder wil ik bedanken om de puntjes om de i te zetten. Ook mijn vriend ben ik dank verschuldigd voor het geduldig aanhoren van mijn frustraties en de troostende schouder.

Tenslotte wil ik mijn promotor Prof. Dr. Telidja Klai bedanken voor de goede tips en voor de vlugge reacties op mijn vragen. Ik bewonder de tijd en de energie die zij in haar thesisstudenten investeert. Dit is niet evident en ik stel dit dan ook ten zeerste op prijs.

Ik heb enorm veel bijgeleerd tijdens het zoekproces dat begon met een idee en vorm kreeg tot dit eindresultaat. Achteraf zie ik waar het beter of efficiënter gekund had, maar ik mag concluderen dat alles goed verliep en dat deze bijdrage de moeite waard is om van naderbij te bekijken.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Dankwoord.....	4
Inhoudsopgave.....	5
1. Theoretische achtergrond.....	7
1.1. Ouderen in de samenleving.....	7
1.2. Ouderen en seksualiteit.....	8
1.2.1. Seksualiteit bij ouderen in het algemeen.....	8
1.2.2. Maatschappelijk kader.....	8
1.2.3. Een theoretisch concept: de biopsychosociale benadering.....	10
1.3. Seksueel actieve senioren blijven een taboe.....	14
1.3.1. Struikelblokken in de maatschappij.....	14
1.3.2. Tijd voor verandering in normen en waarden	15
1.4. Omgang met seksualiteit in RVT's.....	16
1.4.1. Cijfers en feiten.....	16
1.4.2. Situatie in RVT's.....	16
1.5. Besluit.....	17
2. Onderzoeksmethodologie.....	18
2.1. Motivatie voor het onderzoek.....	18
2.2. Onderzoeksvragen en doelstelling.....	18
2.3. Onderzoekopbouw	18
2.4. Operationalisering van de meetinstrumenten	19
2.5. Onderzoeksprocedure.....	20
2.5.1. Contactname met respondenten	20
2.5.2. Afname van de interviews.....	21
2.5.3. Verwerking van de interviews.....	21
2.5.4. Profiel respondenten en RVT's.....	21
3. Onderzoeksresultaten.....	23
3.1. Confrontatie personeel met seksualiteit bewoners.....	23

3.1.1. Koppelvorming.....	23
3.1.2. Seksuele betrekkingen tussen bewoners	23
3.1.3. Masturbatie.....	24
3.2. Omgaan met de seksualiteit van bewoners.....	24
3.2.1. Humor.....	24
3.2.2. Openheid.....	25
3.2.3. Copingmechanismen.....	25
3.2.4. Standpunt over de noden van bewoners	26
3.2.5. Omgaan met grenssituaties.....	26
3.2.6. Plaats voor overleg en taakverdeling.....	28
3.2.7. Communicatie	28
3.3. Beleid rond seksualiteit in RVT's.....	29
3.3.1. Taak van de directie.....	29
3.3.2. Regels.....	29
3.3.3. Privacy van bewoners.....	30
3.4. Knelpunten.....	31
3.4.1. Belemmeringen voor de seksualiteit van de bewoners.....	31
3.4.2. Structurele problemen.....	34
3.5. Ondersteuning.....	36
3.5.1. Informatie.....	35
3.5.2. Vorming.....	37
3.5.3. Toekomstbeeld.....	38
4. Discussie.....	39
Conclusie.....	46
Referentielijst.....	49
Bijlagen.....	51

1. Theoretische achtergrond

*Vroeger hield ik alleen van je ogen
Nu ook van de kraaietootjes ernaast
Zoals in een oud woord als meedogen
meer gaat dan in een nieuw. Vroeger was er alleen haast.*

*Om te hebben wat je had, elke keer weer.
Vroeger was er alleen maar nu. Nu is er ook toen.
Er is meer om van te houden.
Er zijn meer manieren om dat te doen.*

Herman de Coninck

(1° twee strofen van 'Voor mekaar' uit 'De gedichten'. Uitgever: Arbeiderspers, Amsterdam-Antwerpen, 1998, geciteerd in Bott, 2004)

1.1. Ouderen in de samenleving

Ouderen komen meer en meer in de belangstelling te staan. De term 'ouderen' werd geïntroduceerd –na bejaarden en senioren- omdat het de derde leeftijd in een positief daglicht brengt. Aanvankelijk werd de term gebruikt in commerciële sectoren, oa. in het toerisme. Die hadden een nieuw klantensegment ontdekt. Ondertussen is de aandacht voor deze doelgroep wijdverspreid, ook in de sociale sector. Reden voor de toegenomen belangstelling is de vergrijzing. Vergrijzing betekent het stijgend aantal ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Dit ontstaat wanneer de vruchtbaarheid van de bevolking daalt en de levensverwachting van ouderen stijgt en blijft stijgen (Jacobs, Vanderleyden en Vanden Boer, 2004). De stijging van de levensverwachting is een van de grootste successen van de moderne samenleving. De daling van de vruchtbaarheid is minder eenduidig te beschrijven. Esping-Andersen (2001) en Van Peer (2002) verklaren dat in de mate dat de kindwens niet wordt gerealiseerd, dit zelfs tot één van de grote maatschappelijke problemen van de eenentwintigste eeuw kan uitgroeien (geciteerd in Jacobs, Vanderleyden & Vanden Boer, 2004). In het jaar 2050 zal 50% van de bevolking ouder zijn dan 48 jaar en zal de mediaanleeftijd 12 jaar hoger zijn dan in 2000. In het jaar 2025 zal er voor de helft meer ouderen dan jongeren zijn in Vlaanderen (Jacobs, Vanderleyden & Vanden Boer, 2004).

Er zijn tegenwoordig niet enkel méér ouderen, ze hebben ook een ander gedragspatroon dan hun voorgangers. De huidige generatie ouderen werkt minder lang en zijn op hun vijftenzestigste dikwijls nog erg actief. Vroeger sprak men over 'de rustige oude dag', nu wordt gesproken over 'de tweede jeugd'. Eens op pensioen doet de gepensioneerde zaken waar er vroeger geen tijd voor was. Men bedacht dan ook een gepaste naam voor deze senioren. In Nederland spreekt men van 'WEPS' (welgestelde positieve senioren). In de Verenigde Staten gebruikt men 'GRAMPIES' (growing retired active monied people in excellent state). Kenmerkend aan deze nieuwe ouderen is dat ze beter opgeleid, mondiger, welstellender en gezonder zijn. Ze zouden ook meer vrije tijd hebben (Jacobs, Vanderleyden en Vanden Boer, 2004).

1.2. Ouderen en seksualiteit

Als we voorgaande tendensen beschouwen blijkt dat ouderen een groeiende doelgroep is voor de welzijnssector. Het veranderd gedragspatroon is een belangrijke trend die ook door het service -en expertisecentrum Sensoa in de gaten gehouden wordt. Wetenschappelijk onderzoek is een belangrijke pijler in de opdracht van Sensoa. Dit is de ontstaansgrond voor dit onderzoek. Er wordt in dit onderzoek gepeild naar wat seksualiteit bij ouderen nu precies inhoudt. Later wordt dit ook nog dieper uitgewerkt naar ouderen die in een Rust -en Verzorgingstehuis verblijven.

1.2.1. Seksualiteit bij ouderen in het algemeen

Ongeveer 80 tot 90 % van de mannen en 15 tot 85 % van de vrouwen tussen de vijfenvijftig en de zeventig jaar blijkt nog seksueel actief te zijn. 70 % van de mannen en 65 % van de vrouwen verklaart minstens 1 keer per week seksuele betrekkingen te hebben. De frequentie van de coïtus neemt boven de zeventig echter af. Aanraken en strelen zonder coïtus vormt dan een veel voorkomende seksuele activiteit. De belangrijkste vormen van seksuele activiteiten zijn tegen elkaar aan liggen, strelen en kussen. Wanneer de lichamelijke beleving hierbij moeilijker wordt, wordt de psychologische beleving vaak nog sterker. Daarom is het een groot misverstand als men seksuele interesse gelijkstelt met de mogelijkheid tot lichamelijke seksualiteit. Erotische afbeeldingen, literatuur, verhalen en films blijven de interesse van vijftigers wekken en het duurt heel lang voor die interesse verdwijnt (De Cock, 2000).

Uit het laatste 'Seks in Nederland' -onderzoek blijkt dat de frequentie van seksueel contact bij volwassenen (18 tot 55 jaar) afneemt onder invloed van een langere relatieduur. Dit in tegenstelling tot ouderen, waar niet de lengte van de relatie maar de leeftijd een belangrijker voorspeller is van afnemende vrijfrequentie. Deze bevindingen worden bevestigd door meerdere buitenlandse onderzoeken en zijn ook in lijn met Amerikaans onderzoek. Daaruit blijkt dat er onder meer een samenhang bestaat tussen hogere leeftijd en afnemende tijdsduur van het seksueel contact. Zowel bij volwassenen als ouderen is seksuele satisfactie veel minder gekoppeld aan vrijfrequentie dan men zou verwachten; een verrassende uitkomst uit zowel nationaal als internationaal onderzoek. Bij ouderen blijkt de satisfactie gelijk te blijven of zelfs toe te kunnen nemen bij afname van seksuele activiteit. De seksuele interesse blijkt tot op hoge leeftijd aanwezig te kunnen blijven (Gianotten, Gijs, Vanwesenbeeck en Weijnenborg, 2004).

1.2.2. Maatschappelijk kader

Verschillende generaties ouderen

Dat er nu meer ouderen ten opzichte van vroeger zijn wordt ook dikwijls verklaard door het fenomeen van de babyboomers. Na WO2, in 1946 en 1947 besloten veel koppels om aan hun kinderwens tegemoet te komen omwille van de verbeterde levensomstandigheden.

Deze generatie "babyboomers" zijn de recent gepensioneerde ouderen. Dit is ook de generatie van de seksuele revolutie: de eerste generatie die de beschikking kreeg over de anticonceptiepil en de eerste generatie die op een leeftijd dat het erectievermogen kwetsbaar wordt een recept kan krijgen voor de erectiepil (Neeleman, 2001).

Deze nieuwe generatie ouderen heeft heel wat verandering inzake seksualiteit meegemaakt. Onderstaande figuur (1) biedt een overzicht van meerdere actuele generaties ouderen en hoe we ze ten opzichte van elkaar moeten situeren.

1. Verschillende generaties ouderen

Geboren in	Leeftijd in het jaar 2000	Beïnvloed door beheersingsmoraal (1800 tot +/- 1960) als	Beïnvloed door prestatiegerichte seksualiteitsmoraal (1960 tot +/- 1995) als
1950	Vijftig	Klein kind	Kind + jonge/oudere volwassene
1940	Zestig	Kind	Tiener + jonge/oudere volwassene
1930	Zeventig	Kind + jongvolwassene	Jonge volwassene + volwassene
1920	Ouder dan tachtig	Kind + jongvolwassene	Volwassene en oudere

(De Cock, 2000)

Uit deze grafiek kunnen we afleiden dat de huidige zestigplussers de beheersingsmoraal enkel in hun vroege jeugd hebben meegemaakt. Dit wil zeggen dat zij meestal een andere opvatting hebben over seksualiteit dan hun iets oudere leeftijdsgenoten. Ook de zeventigplussers maakten het veranderde moraal in hun jeugd mee. De komende decennia zal ook deze generatie in de RVT's terecht komen.

Verschillende moralen voor verschillende generaties

Het seksualiteitsmoraal veranderde in de jaren zestig van een beheersingsmoraal naar een prestatiegerichte moraal. De beheersingsmoraal wordt ook de burgerlijke moraal genoemd en stamt uit het Victoriaanse tijdperk. Deze burgerlijke moraal brak door in de achttiende eeuw en is een mengeling van christelijke, freudiaanse en sociologische visies. Het doel van dit moraal was controle en repressie inzake seksualiteit en aangezien de Kerk toen een hoge status had kreeg zij de verantwoordelijkheid over deze taak (De Cock, 2000).

De opgelegde regels zijn de relatie met een volwassen heteroseksuele partner (minstens eenentwintig jaar) van ongeveer dezelfde leeftijd, de monogamie, de duurzame huwelijksrelatie en de seksuele gemeenschap die enkel mocht plaatsvinden binnen het huwelijk en alleen gericht was op de voortplanting en de liefde. Lust werd niet als een waarde beschouwd (De Cock, 2000).

Als een vrouw de menopauze voorbij is, is ze niet meer vruchtbaar. Voor die vrouwen die zijn opgegroeid onder het beheersingsmoraal, blijft seksualiteit een groot taboe.

Maar steeds meer ouderen werden in hun jeugd geconfronteerd met de prestatiegerichte seksualiteitsmoraal. De prestatiegerichte seksualiteitsmoraal ontstond in de jaren zestig en deze heeft vele mythes en taboes doorbroken. Seksualiteit werd uit haar keurslijf gehaald, en dit vooral voor jongeren en jongvolwassenen. Ondanks deze belangrijke vorderingen bleef seksualiteit van senioren op de achtergrond staan en de taboes bleven standhouden. Ouderen werden nog steeds gezien als asexueel. Vanaf 1975 werd meer en meer geschreven door verscheidende auteurs dat seks op latere leeftijd normaal en zelfs nodig is, maar toch blijven tot op de dag van vandaag vooroordelen en misvattingen bestaan (Bolle & Ponjaert, 1995).

1.2.3. Een theoretisch concept: de biopsychosociale benadering

Toen de beheersingsmoraal en daarna de prestatiegerichte moraal hoogtij vierden werd vooral het biologische component van seksualiteit geaccentueerd. In de jaren negentig kwam er een kentering in het denken over seksualiteit. In het prestatiegerichte tijdperk heerste een algemeen aanvaard principe van alles mag, niets moet. Velen gingen zich daarna steeds meer gaan bezinnen. Er werd nagedacht over wat relaties, verliefdheid, intimiteit, liefde en seks nu juist betekenden (De Cock, 2000). Dit noemt men de hedendaags intimiteitsmoraal.

Naast het biologische aspect waar onderzoekers vroeger vooral de nadruk op legden, kwam nu ook het psychische en het sociale aspect van seksualiteit te staan. Dit nieuwe perspectief werd het biopsychosociaal onderzoek genoemd (Delamater & Sill, 2005).

Oorspronkelijk lag de focus van het onderzoek naar seksualiteit dus op de biologische processen. De eerste bekende onderzoeken zijn uitgevoerd in Amerika door Kinsey (1948,1953) en Masters en Johnson (1966) (geciteerd in Rademakers, 1994). Kritiek op onderzoek over ouderen en seksualiteit uit Vlaanderen en uit het buitenland van in die tijd is dat er een eenzijdige nadruk lag op fysiologische veranderingen en op het al dan niet voorkomen en de frequentie van eng-seksuele activiteiten (Rademakers, 1994). Vele resultaten komen ook uit kleine niet-representatieve steekproeven. Andere kritieken op onderzoek uit die tijd is dat mannen vaker bestudeerd werden dan vrouwen, veel studies hebben betrekking op geriatrische patiënten en geschieden dan ook in een medisch kader. Toch menen meerdere onderzoekers dat veel van wat we weten over seksualiteit bij ouderen zijn basis heeft in hun onderzoek (Neeleman, 2001).

Later grootschalig onderzoek over ouderen en seksualiteit betreft het Duke longitudinale onderzoek (Pfeifer,1969), het Starr-Weiner Report (Starr & Weiner,1981), de Consumer Union Survey (Brecher,1984) en de Massachusetts Male Aging Study (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane. & McKinlay, 1994) (geciteerd in Rademakers, 1994).

In haar literatuuronderzoek stelt Rademakers (1994) vast dat er nauwelijks Nederlandstalig onderzoek is (Neeleman, 2001). De betekenis en beleving van seksualiteit van ouderen, kwalitatieve veranderingen op oudere leeftijd en de manier waarop daarmee wordt omgegaan, alsmede problemen en barrières die ouderen zelf op dit gebied ervaren komen in onderzoek tot nog toe nauwelijks aan bod (Rademakers,1994). Dit is ook zo voor het onderzoek uit het buitenland.

In Vlaanderen zijn er ook nog steeds maar een beperkt aantal onderzoeken gedaan binnen het domein seksualiteit en ouder worden (Klaï, Van den Eynde & Van de Velde, 2006). Er is er ook heel veel onwetendheid bij de verzorgenden van bejaarden, zowel wat de wens, het vermogen betreft als de manier waarop seksualiteit onder de bejaarden leeft in Vlaanderen (De Backere, 2000).

In tegenstelling tot het beperkt aantal onderzoeken zijn er vele seksuologen en sekstherapeuten die hun ervaring over ouderen en seksualiteit wensen te delen. Voorbeelden hiervan zijn Dr. Lucien de Cock uit België met zijn boek "Open voor bloot" (2000) en Hannie van Rijnsingen uit Nederland met het boek "Senioren op vrijersvoeten" (2003). Ook zij wensen het sociale en psychologische luik te benadrukken.

De volgende figuur (2) toont de elementen waar volgens het biopsychosociaal perspectief rekening mee moet gehouden worden bij de bespreking van ouderen en seksualiteit.

2. Elementen van het Biopsychosociaal perspectief

Biologische invloeden	Psychologische invloeden	Sociale invloeden
<ul style="list-style-type: none"> - hormonaal systeem - het vasculair systeem - ziekte en behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> - seksuele informatie - attitude tegenover seksuele expressie - mentale gezondheid - depressie/behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid van een partner - lengte van de relatie - kwaliteit van de relatie - inkomen

(Delamater & Sill, 2005)

Zoals u ziet valt er bij seksualiteit heel wat meer te bestuderen dan enkel de biologische processen.

Psychologisch luik

Onder het psychologische luik zien we dat gebrek aan of verkeerde seksuele informatie, de attitude tegenover seksuele expressie, de mentale gezondheid en depressie/behandeling een invloed hebben op seksualiteit bij ouderen (Delamater en Sill, 2005). Mannen en vrouwen gaan op psychologisch vlak door verschillende processen.

Op vijftigjarige leeftijd is de vrouw in de menopauze, de premenopauze of in de overgang. Op die leeftijd moet de vrouw seksualiteit en moederschap definitief van elkaar loskoppelen. Dit is dan ook een essentiële overgang in haar leven. Dit stadium van het leven is erg broos en kwetsbaar. Het leven wordt als intens ervaren omdat het lichaam en de eigen identiteit beter gekend is. De menopauze hoeft geen definitief einde van het seksuele leven te betekenen. Ouder worden gaat gepaard met lichamelijke veranderingen maar het begerende, prikkelende en orgastische vermogen blijft intact. De oudere vrouw gaat wel dikwijls haar verleidingskracht onderschatten en indien er een verandering optreedt in de houding van de partner wordt dit geïnterpreteerd als een verlies van aantrekkingskracht.

Er word vaak geklaagd over een verminderd seksueel enthousiasme, maar dit zou eerder samenhangen met het negatieve stereotype van onze samenleving die in de ban is van jeugdigheid, dan met hormonale veranderingen (Reynaert, Tordeurs, Van Houtte, Verreckt & Zdanowicz, 2004).

Bij oudere mannen is een eerste hinderpaal het stereotype dat zorgt dat seksualiteit beperkt wordt tot een voorstelling van seksuele handelingen die enkel gericht zijn op de coïtus. Wanneer de seksuele mogelijkheden afnemen leidt dit tot prestatieangst. Afname van de mogelijkheden worden door de man beschouwd als een globale seksuele achteruitgang. Zo wordt hij in een ander stereotype geduwd, het stereotype van de asexuele, andropauzale man. Dit zou hem kunnen doen berusten in een verarmd seksueel leven en dit terwijl het libido en genotvermogen heel goed bewaard kunnen blijven (Reynaert, Tordeurs, Van Houtte, Verreckt & Zdanowicz, 2004).

Sociaal luik

Onder het sociale luik zijn aanwezigheid van een partner, de lengte en kwaliteit van de relatie en het inkomen de belangrijkste determinanten voor het seksuele leven van ouderen (Delamater en Sill, 2005). Enkele hiervan worden hieronder besproken.

Als we het hebben over specifieke onderdelen van het sociale luik, dan kunnen we een belangrijke reden, het hebben van een partner, zeker niet over het hoofd zien. Hoe hoger de leeftijd, hoe groter de vertegenwoordiging van vrouwen tegenover mannen. Van 50 tot 59 jaar is het aantal vrouwen nog gelijk aan het aantal mannen, maar bij de tachtigplussers is het aantal vrouwen ruim 2,25 keer zo groot als het aantal mannen. Dit kunnen we constateren uit het onderzoek van het CBS van 1992 (geciteerd in Rademakers, 2004). Uit Brechter's (1984) en Persson's (1980) studie blijkt dat vrouwen op hogere leeftijd dus vaker alleenstaand zijn dan mannen. Dit bepaalt voor een groot deel de mate van afname van het seksuele leven. Dit voor vrouwen nog meer dan voor mannen (geciteerd in Rademakers, 2004).

Persson (1980) en Catania en White (1982) tonen ook aan dat het toch blijkt dat gehuwde en alleenstaande respondenten niet zoveel verschillen als algemeen wordt gedacht. Met het ouder worden worden de verschillen tussen deze groepen kleiner. De verklaring hiervoor is dat alleenstaanden vaker masturberen (geciteerd in Rademakers, 2004).

Volgens White (1982) en Bretschneider en McCoy (1988) kan ook de woonvorm van invloed zijn op het seksuele functioneren. Door de hogere sociale controle in verzorgings- en verpleegtehuizen blijkt een groot aantal ouderen (37%) zich soms of altijd belemmerd te voelen om zich seksueel te uiten (geciteerd in Rademakers, 1994).

Een breder aspect van het sociale luik is de verandering in de omgeving.

Uit de studies van Wens (1994), Ponjaert-Kristoffersen (1998) en Klai & Ponjaert-Kristoffersen (2000) (geciteerd in Klai, Van den Eynde & Van de Velde, 2006) blijkt het volgende:

Een belangrijk fenomeen dat vanaf vijftigjarige leeftijd wordt ervaren is het "empty nest" fenomeen. De tot dan inwonende kinderen verlaten het ouderlijke huis en de partners komen zo weer 'one on one' tegenover elkaar te staan. Zowel de man als de vrouw maken op dat moment een evaluatie van hun ouderschap en daarna komt hun relatie weer op de voorgrond. Er wordt opnieuw een twee-eenheid gevormd. Dit evaluatiemoment blijkt onontkoombaar te zijn en kan positief of negatief uitvallen. Deze gebeurtenis heeft dan ook vanzelfsprekend een invloed op de seksualiteit van het koppel. De evaluatie kan voor spanningen zorgen door gevoelens van vervreemding en daardoor kan de zin in seks uitvallen. Seks kan vanaf dat moment ook als negatief beleefd worden.

Maar als een paar zich aan de nieuwe situatie heeft aangepast kan de relationele tevredenheid ook groter zijn dan tevoren. Wanneer ouderen een positieve evaluatie maken van hun relatie, hebben die over het algemeen ook een positieve seksualiteitsbeleving.

Ook een tweede fenomeen dat na de overgangsfase komt, namelijk de pensionering, heeft een belangrijke invloed op de seksualiteitsbeleving. Wanneer de man en de vrouw op pensioen gaan betekent dit voor beiden een belangrijke verandering die aanpassingen vereist binnen hun relatie. De man en de vrouw worden geconfronteerd met elkaar door het wegvallen van de beroepsbezigheden. Op dat moment wordt er ook een balans opgemaakt van de partner- en seksuele relatie.

Biologisch luik

Bij het stijgen van de leeftijd treden er ook heel wat lichamelijke veranderingen op. Dit blijkt uit het onderzoek van Godderis, Van de Ven & Wils, 1992 & Straver e.a., 1998, geciteerd in Neeleman, 2001). Hieronder worden de lichamelijke veranderingen van man en vrouw besproken.

Mannen:

- Eens de leeftijd van zestig jaar bereikt heeft een man meer tijd nodig om een volledige erectie van de penis te krijgen dan wanneer men 20 was. Om dit te verwezenlijken moet de penis tactiel gestimuleerd worden. Kijken naar opwindende plaatjes en fantaseren is dan niet genoeg meer. De beste manier is verschillende prikkelbronnen combineren.
- De erectie zal ook minder stevig zijn dan vroeger. Ook medische problemen of psychische druk kunnen gemakkelijker tot erectieproblemen leiden.
- Een zestiger scheidt ook minder vocht uit bij de zaadlozing en de kracht van de uitstoot bij de zaadlozing zal verminderen. De zaadproductie neemt af, maar gaat door tot op hoge leeftijd. Ook het orgasme zal korter duren.
- Met het ouder worden wordt ook de aandrang tot een orgasme minder. Het ejaculeren wordt minder belangrijk, maar men wil wel blijven vrijen.
- Waar tieners slechts enkele minuten nodig hebben tot een volgende erectie, gaat het bij vijftigplussers dikwijls om uren. De herstelperiode tussen twee erecties wordt steeds langer.
- Mannen hebben steeds minder nachtelijke ejaculaties (natte dromen) en ochtenderecties.

Deze veranderingen treden niet altijd op en kunnen in tijd en intensiteit wisselen. Regelmatige seksuele activiteit vermindert het verlies van de verschillende seksuele functies. Deze theorie kwam oorspronkelijk van Masters en Johnson (1968) en staat bekend onder de spreuk 'use it or lose it' (geciteerd in Neeleman, 2001).

De volgende lichamelijke veranderingen bij de vrouw hebben invloed op het seksuele leven (Godderis, 1992 & Straver, 1998, geciteerd in Neeleman, 2001):

- De vrouw heeft meer tijd nodig om lichamenlijk opgewonden te raken. Het vaginaslijm is minder vochtig en wordt trager aangemaakt. Bij vrouwen van zestig jaar en ouder duurt dit van een tot drie minuten na stimulatie.
- De vaginawand wordt dunner en minder elastisch. Dit komt door de daling van het gehalte van bepaalde hormonen. Dit kan samen met de verminderde vochtigheid leiden tot kleine pijnlijke wondjes. Dit kan men verhelpen door glijmiddel te gebruiken.
- Bij het ouder worden worden de vagina en de schaamlippen kleiner en de vagina zet minder uit bij opwinding. De clitoris verkleint niet, maar deze zal minder kunnen zwellen.
- Een vrouw zal ook minder kunnen klaarkomen. De spiercontracties bij het orgasme zijn kleiner en minder en de duur van het orgasme is korter. De herstelperiode na een orgasme blijft gelijk (ongeveer een minuut), maar het orgasme kan pijn in de onderbuik, vagina en schaamlippen veroorzaken. Deze pijnen ontstaan door onregelmatige samentrekkingen van de baarmoeder.

Enkele ouderdomsspecifieke ziektes kunnen het seksuele leven van ouderen beïnvloeden. Ziektes zoals een hartinfarct, kanker, ouderdomsdiabetes, hysterectomie of het wegnemen van de baarmoeder, prostaatlijden en het innemen van allerlei geneesmiddelen kunnen tot problemen leiden (Bolle & Kristoffersen, 1995). Maar we merken dat hulpmiddelen en operaties de seksualiteit opnieuw kunnen laten opbloeien. Voorbeelden hiervan zijn erectieopwekkende middelen en vibrators.

1.3. Seksueel actieve senioren blijven een taboe

1.3.1. Struikelblokken in de maatschappij

De Graaf, Neeleman, Vennix & van Son-Soones (2004) verklaren dat er nog tal van vooroordelen en mythes rond seksualiteit en ouderen bestaan. Zo gaat men er vaak vanuit dat de seksualiteit en het seksuele verlangen volledig verdwijnen naarmate men ouder wordt (geciteerd in Klaï, Van den Eynde & Van de Velde, 2006).

We treffen ook in menig onderzoek aan dat als drempel voor intermediairs voor de omgang met de seksualiteit bij senioren het 'incesttaboe' een belangrijke rol speelt.

Door Gijs & Migerode (1986) wordt gezegd dat bij dit taboe de innerlijke conflicten van de hulpverlener met betrekking tot de relaties met de eigen (groot)ouders gemakkelijk kunnen worden opgeroepen. Uit onderzoek bij studenten blijkt dan ook dat de seksuele betrekkingen van hun ouders zeer onderschat worden. Traupmann (1984) bewijst dit aan de hand van het onderzoek van Hoyt. Hoyt liet studenten zich diverse situaties met emotionele lading voorstellen en stelde dan de mate van angst en opwindning vast. De voorstelling van hun ouders die met elkaar betrekking hadden (dit noemt men de 'primal scene') was voor zowel de mannelijke als de vrouwelijke studenten veruit het meest angstwekkend. Meer dan bijvoorbeeld de voorstelling van een bloederig auto-ongeluk (geciteerd in Neeleman, 2001).

Een ander groot taboe is dat hulpverleners denken dat ouderen niet willen praten over intieme onderwerpen omdat ze uit een tijd komen dat er over dergelijke zaken niet gesproken werd. Maar hier wordt vergeten dat vele ouderen wel degelijk aansluiting hebben gehouden bij de veranderde normen en waarden (Neeleman, 2001).

Twee belangrijke begrippen die ook dikwijls worden aangehaald als we over taboe spreken zijn 'ageism' en 'sexism'. Uit het onderzoek van Geerts, Horckmans & Ponjaert-Kristoffersen (1998) blijkt dat het dan vooral gaat over de ouder wordende vrouw die dikwijls uit het onderzoek gesloten wordt. Met de term 'ageism' wordt verwezen naar de negatieve maatschappelijke situatie waarmee ouderen, zowel vrouwen én mannen te maken hebben. 'Sexism' verwijst naar de achtergestelde positie van vrouwen in het maatschappelijk leven. De situatie van ouder wordende vrouwen is zo uniek dat zij met beide vormen van discriminatie te maken hebben. De maatschappelijke beeldvorming omtrent ouder worden valt dus vooral ten opzichte van vrouwen negatief uit. Vrouwen worden, in vergelijking met mannen, vlugger als ouder en onaantrekkelijk beschouwd (Geerts, 1998). Dit zorgt voor een veranderd zelfbeeld en seksualiteitsbeleving van deze oudere vrouwen.

Ook in de Verenigde Staten erkent men dit proces van 'ageism' en 'sexism'. Seks bij ouderen wordt daar dan ook gezien als onwaarschijnlijk en onnatuurlijk. In het artikel van Delamater en Sill (2005) komt de mening van een oudere heer naar voor: "*We're supposed to be asexual, and those who refuse to be so are branded dirty old men (Stock, 1999). The media bombards us with a plethora of sexual images, mainly those of young energetic people. Older people may withdraw from any form of sexual expression and ignore or suppress sexual desire because it is "sick", "unsuitable" or "wrong."*" De 'dirty old men' zoals hij hier beschreven wordt, kan bij sommigen nog met een tikkeltje ironie en met een glimlach geapprecieerd worden, maar zoals we reeds eerder opmerkten kan de seksueel actieve oudere vrouw, 'the dirty old woman' dikwijls enkel op misprijzen en afkeuring rekenen (Horckmans & Geerts, 1998; Klai & Ponjaert-Kristoffersen, 2000, geciteerd in Klai, Van den Eynde & Van de Velde, 2006)

1.3.2. Tijd voor verandering in normen en waarden

Vlaanderen

In Vlaanderen zien we aarzelend enkele initiatieven de kop opsteken. De socialistische mutualiteiten pakken dit jaar uit met een website (www.minnaarsmetervaring.be) en een informatiebrochure. Daarin verkondigt Prof. Dr. Coolsaet dat op intimiteit en seksualiteit geen leeftijd staat. Mannen en vrouwen kunnen tot op hoge leeftijd intiem en actief blijven, zolang men een goede gezondheid heeft. Men blijft seksualiteit even belangrijk vinden en het sensueel plezier wordt niet automatisch minder leuk.

Op de site wordt tevens een webseksuoloog ter beschikking gesteld die per email alle vragen beantwoordt. Alhoewel meer dan 90 % van de 55-plussers nooit gebruik maakt van email (Jacobs, Vanden Boer & Vanderleyden, 2004), kunnen we dit toch al een voorzichtige stap in de goede richting noemen.

Veranderd model

Men stapt nu dus geleidelijk aan af van het 'deficietmodel'. Dit is het model waarbij men stelt dat ouderen aftakelen en geleidelijk aan hun 'goede gezondheid' (fysiek en psychisch), hun 'leeftijdsgenoten' (ziekte en dood), hun 'sociale contacten' en 'maatschappelijke positie' verliezen. Ouder worden betekende hier dus stelselmatig alles verliezen tot uiteindelijk het eigen leven. De levensopdracht voor ouderen was dan ook om te leren leven met het 'verlies'. Nu wordt het 'competentiemodel' gehanteerd waarbij men gelooft dat een mens tot op hoge leeftijd competent en deskundig kan zijn in zijn eigen, unieke levensloop (Van Beveren, 2006).

Nieuwe mentaliteit bij ouderen

De ouderen van nu zouden zich hun seksuele rechten en vrijheden minder vlug laten afpakken door ouderwetse misvattingen, vooroordelen en mythes. Voor hen is het belang van seks voor ontspanning, plezier, intimiteit met de partner en bevestiging van de eigen identiteit al aangetoond (Neeleman, 2001). Natuurlijk laat het lichaam soms minder toe wanneer ouderen hun seksuele behoeften willen bevredigen. Maar dankzij deze nieuwe opvattingen hebben ouderen nu evenveel recht op aandacht als jonge mensen.

1.4. Omgang met seksualiteit in RVT's

Hoe gaat men nu om met deze verhoogde kennis en veranderde attitude op een plaats waar veel ouderen samenleven? Waar liggen de grenzen van privacy en verzorging?

Dit is waar wij het met de intermediairs over willen hebben.

1.4.1. Cijfers en feiten

Uit onderzoeksliteratuur over seksualiteit en intimiteit bij ouderen blijkt dat het een moeilijk te bespreken onderwerp is waarover veel vooroordelen en weinig kennis bestaat.

Zo vond Janssens (1991) in haar onderzoek naar de attitudes van verplegend personeel in verpleeg- en verzorgingstehuizen ten aanzien van oudere bewoners onder andere dat slechts 21% van de verplegenden zegt bereid te zijn om conversaties met bewoners over seksualiteit aan te gaan. 70 % van het personeel in verzorgingstehuizen beweert dat seksualiteit in hun instelling niet voorkomt.

Uit het onderzoek van Verkuylen (1995) blijkt dat er in verpleeghuizen weinig aandacht gegeven wordt aan het thema 'behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners'. In gevallen waar dit wel gebeurt komt dit naar voor onder de vorm van een privé-kamer. 5% van de respondenten van het onderzoek gaf aan dat op de gang soms wel eens over dit onderwerp gepraat wordt of dat er aan de hand van een casus wel al eens een discussie geweest is. In deze discussie trachtte men dan een standpunt te formuleren dat als basis kon dienen voor een eerste beleidsinstrument.

Vonk onderzocht in 1996 hetzelfde thema en ook zij ondervond dat het thema seksualiteit in een verpleeghuis niet dikwijls aan bod komt.

Calamidas (1997) en Hodson & Skeen (1994) ontdekten dat educatie belangrijk is om het onderwerp 'seksualiteit en intimiteit' bespreekbaar te maken en zo vooroordelen uit de wereld te helpen. Dit zou volgens hen tot een beter begrip van ouderen en hun seksualiteit leiden.

Wanneer we onderzoek in Amerika bekijken kunnen we besluiten dat er een verband bestaat tussen kennis en attitude. Naarmate de kennis van verpleegkundigen over het onderwerp 'ouderen en seksualiteit' groter wordt, wordt de attitude positiever. Dit blijkt uit onderzoek van Glass, Mustian & Carter (1986) en Quin-Krach en Van Hoozer (1988).

Ook blijkt dat als ouderen in zorginstellingen de mogelijkheid hebben om relaties en contacten aan te gaan en te onderhouden, dit zal bijdragen tot de geestelijke en lichamelijke gezondheid (Musaph, 1993). Deze vijf voorgaande onderzoeken werden geciteerd in onderzoek van Koster en Rademakers uit het jaar 2000.

1.4.2. Situatie in RVT's

Om seksualiteit te kunnen beleven is het gevoel van privacy heel belangrijk. Men verliest ruimte wanneer men in een rusthuis gaat wonen en de resterende ruimte wordt dikwijls binnengedrongen door personeelsleden en andere rusthuisbewoners (Casman, Legros & Lenoir, 1998).

In het onderzoek van Casman, Legros en Lenoir van 1998 werd de volgende vraag gesteld: "Hoe meldt een personeelslid zich aan wanneer hij uw kamer wil betreden?". Dit werd als volgt beantwoord:

- Hij komt binnen zonder te kloppen: 5,5 %
- Hij klopt en komt binnen zonder een antwoord af te wachten: 49 %
- Hij klopt en wacht op het antwoord voor hij binnenkomt: 30 %
- Het hangt ervan af: 12 %
- De deur blijft altijd open: 3,5 %

Ook werd in dit onderzoek gevraagd of de bejaarden in alle rust een gesprek met iemand kunnen hebben, of het nu gaat om een gesprek met een andere bewoner of met een persoon van buitenaf. Hierop antwoordt 2,7 % van de bewoners dat ze dat niet mogen waarbij ze benadrukken dat iedereen zich in hetzelfde lokaal bevindt en dat het onmogelijk is om te praten of dat in de gemeenschappelijke kamers de kamergenote altijd aanwezig is en meeluistert.

De privacy wordt soms ook geschonden doordat er in sommige rusthuizen een intercomsysteem bestaat waarmee gesprekken in de kamers kunnen worden afgeluisterd (Casman, Legros & Lenoir, 1998).

Heel wat ouderen hebben nochtans nog seksuele behoeften. Deze zouden niet verdrongen of stiekem bevredigd mogen worden. In thuisvervangende milieus, meer bepaald in de rustoorden (ROB's) en de verzorgingsinstellingen (RVT's) worden bejaarden geconfronteerd met personen die de seksuele beleving van de bewoners kunnen beïnvloeden: de directeur, de zuster, de verpleegster, de dokter, de eigen kinderen, de bezoeker en vele anderen (De Cock, 2000).

1.5. Besluit

Veroudering hoeft niet per se het einde van seksualiteit te betekenen. Maar het vereist wel een rijpings -en aanpassingsproces. Seksualiteit blijft voor velen gedurende het ganse leven belangrijk want het is een bevestiging van de persoon, het lichaam, de gender-identiteit en van het genoeg en om aangeraakt te worden en aan te raken (De Cuypere en Van Moffaert, 2003).

Of dit zo is en in hoeverre dit zo is, willen wij te weten komen. Daartoe willen wij intermediairs van Rust –en Verzorgingstehuizen bevragen. We willen ook weten of de beleidsmakers van RVT's over deze problematiek nagedacht hebben want in de thematiek, de beslissingen en de veranderingen die betrekking hebben op de bejaardenzorg en de leefomstandigheden van de bejaarden zijn we ten slotte allen medeverantwoordelijk. Indien we de toestand negeren, laten stagneren of achteruitgaan, dan worden we er wellicht ooit zelf slachtoffer van (Casman, Legros & Lenoir, 1998).

Tenslotte halen we de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie van 1975 omtrent seksualiteit aan. Deze beschrijft seksualiteit als: *"Een seksuele behoefte en een aspect van de menselijke persoonlijkheid die niet kan gescheiden worden van andere levensaspecten. Ze beïnvloedt onze gedachten, onze gevoelens, onze handelingen en onze interacties, en bijgevolg, onze mentale en fysieke gezondheid. Net zoals de gezondheid een fundamenteel recht is van de mens, moet de seksuele gezondheid, ook een fundamenteel recht zijn van de mens."* (geciteerd in Reynaert, Tordeurs, Van Houtte, Verreect & Zdanowicz, 2004). Seksualiteit behoort dus ook tot de rechten van bewoners van Rust –en Verzorgingstehuizen. We willen met dit onderzoek mee nadenken over deze belangrijke problematiek.

2. Onderzoeksmethodologie

2.1. Motivatie voor het onderzoek

Tijdens de zoektocht naar relevante literatuur voor dit onderzoek bleken nog heel wat lacunes te bestaan. Weinig literatuur belicht specifiek de seksualiteit van bewoners van Rust -en Verzorgingstehuizen. Er is beperkt onderzoek gedaan naar de seksualiteit van ouderen in het algemeen en er is onderzoek gedaan naar de positie van ouderen in een RVT. Maar er is praktisch geen onderzoek gedaan naar een combinatie van beide thema's. Dit werd ook aangehaald in de literatuurstudie.

Bij de start van dit onderzoek waren er al enkele vooronderstellingen aanwezig.

Seksualiteit is een aspect van het leven dat niet uitdooft bij het ouder worden. Zo ontstaat het vermoeden dat seksualiteit ook in een RVT al dan niet in beperktere mate, nog voorkomt. De komende generatie ouderen zal ook mondiger en veeleisender zijn.

Er is gebleken dat het thema seksualiteit nu minder in de taboesfeer vertoeft en meer besproken kan worden dan vroeger. Maar het taboe rond seksualiteit bij ouderen is hardnekkiger dan bij andere groepen en daarom is onderzoek naar deze materie dringend noodzakelijk.

Enkele auteurs die aangehaald werden in het literatuuronderzoek bevestigen deze vooronderstellingen, maar door de beperkte informatie blijft dit onderzoek een verkennend onderzoek.

2.2. Onderzoeksvragen en doelstelling

In dit onderzoek worden de intermediairs bevraagd om zo zicht te krijgen op de seksualiteit van bewoners in de context van een Rust -en Verzorgingstehuis.

Aan de intermediairs wordt de mening over de volgende zaken gevraagd:

- Met welke intieme situaties worden ze *geconfronteerd*?
- Wat zijn de verschillende *standpunten* van intermediairs tegenover seksualiteit en intimiteit bij hun bewoners?
- Wat staat in het *beleid* van RVT's over seksualiteit/intimiteit bij de bewoners?
- Hoe *gaan* de intermediairs *om* met de *regels* betreffende seksualiteit/intimiteit die vastgelegd zijn in een RVT?
- Wat zijn mogelijke *knelpunten* in RVT's in verband met seksualiteit/intimiteit bij de bewoners ?
- Welke *ondersteuning* kunnen intermediairs gebruiken in verband met deze thematiek?

2.3. Onderzoekopbouw

Er werd bij de start van dit onderzoek geopteerd voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering rekening houdend met de onderzoeksdoelstelling, de onderzoeksvragen, het onderzoeksthema en de onderzoekspopulatie. Er werden diepte-interviews afgenomen omdat die rekening houden met het procesmatige karakter van dit onderzoek, de beleving van de intermediairs en het gevoelige thema.

Het is ook niet gemakkelijk om de gestandaardiseerde vragenlijst op te stellen die vereist is voor kwantitatief onderzoek als er weinig wetenschappelijke informatie voor handen is (handout OMT, 2003).

Uit de criteria die Baarda, de Goede en Teunissen in hun handboek voor kwalitatief onderzoek beschrijven kan besloten worden dat dit een exploratief onderzoek is. Er is immers geen theorie of scherp geformuleerde hypothese over de seksualiteit in RVT's in Vlaanderen beschikbaar. Er waren wel reeds enkele vooronderstellingen. Daarom is dit geen beschrijvend onderzoek. Via exploratief onderzoek wil men een antwoord krijgen op 'open' verschil en/of samenhangsonderzoeksvragen. Onze onderzoeksvragen pijlen naar de samenhang tussen seksualiteit en ouderen in een RVT en hoe de intermediairs daarmee omgaan (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005).

2.4. Operationalisering van de meetinstrumenten

Er werd gekozen om de intermediairs individueel te bevragen. De focusgroepstechniek werd vermeden door de kans op een negatieve groepsdynamiek. Dit onderzoek heeft als doel de persoonlijke mening van de intermediairs te verkrijgen en niet deze van de hele instelling of van de directeur of van de intermediairs met een uitgesproken mening.

Om informatie te bekomen van de intermediairs werden er half- of gedeeltelijk gestructureerde interviews gehouden (interviewschema: zie bijlage 1).

De vragen werden op voorhand vastgelegd, maar de volgorde van die vragen en de vraagformulering kon variëren gedurende het interview. De onderwerpen voor de vragen werden uit de literatuurstudie, de vooronderstellingen en de onderzoeksvragen gehaald. Dit stemt overeen met de theorie van Baarda, De Goede & Teunissen van 2005.

We kozen voor een open interview omdat deze geschikt zijn om ideeën, opvattingen en meningen van betrokkenen in het veld te achterhalen (handout OMT, 2003).

Het halfgestructureerde interview leek het meest geschikt omdat er een houvast is. Toch kan het interview op een spontane manier verlopen en komt het niet geforceerd over.

De belangrijkste onderwerpen uit de onderzoeksvragen zijn:

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) confrontatie | 4) omgaan met |
| 2) standpunten | 5) knelpunten |
| 3) beleid | 6) ondersteuning |

In het interviewschema komt dit naar voor onder vier grote topics: seks en ouderen in het RVT, omgaan met, regels in RVT en noden- en behoeftenonderzoek. Het doel was te beginnen met de concrete en minder moeilijke vragen om dan geleidelijk meer naar hun mening en naar de persoonlijke vragen over te gaan. Het einde van het interview is dan ook weer iets minder zwaar. Zo kwamen we aan een evenwichtig opgesteld interviewschema.

Er werd ook op voorhand een proefinterview gehouden met een intermediair die in een RVT gewerkt heeft. Zo ontstond zekerheid dat de opbouw van het interview in orde was. Dit gebeurde onder begeleiding van Ilse Van de Velde van Sensoa.

2.5. Onderzoeksprocedure

In dit onderdeel wordt de procedure van het onderzoek uitgebreid besproken zodat alle stappen die tot de onderzoeksresultaten leiden duidelijk zijn en indien gewenst herhaald kunnen worden. Dit maakt het onderzoek replicerbaar en verhoogt de betrouwbaarheid ervan.

Het doel van het onderzoek was geenszins een overzicht te bieden van alle RVT's van heel Vlaanderen. Er werden intermediairs uit verschillende RVT's bevestigd. De keuze van die intermediairs was op praktische zaken gebaseerd. De regio werd beperkt tot de stad Gent en zijn deelgemeentes.

De intermediairs werden bevestigd tot er geen nieuwe informatie meer kwam. Dan wordt gesproken van saturatie. Er werd vermoed dat daarvoor tien à vijftien interviews nodig zouden zijn. Tien interviews bleken nadien voldoende.

Belangrijk was dat de intermediairs niet allemaal hetzelfde profiel hadden. Zowel oude als jonge, vrouwelijke als mannelijke intermediairs moesten bevestigd worden. Deze werden niet bewust gezocht omdat men tevreden moest zijn met alle respondenten die bereidwillig waren om mee te werken. Maar uiteindelijk werd toch een quasi gedifferentieerde respondentengroep bereikt. Er werd maar één mannelijke intermediair geïnterviewd. De oorzaak hiervan is dat slechts een beperkt aandeel van het personeelsbestand in de verzorgingssector mannelijk is.

Het was ook belangrijk om verschillende RVT's te bezoeken zodat we konden zien of er verschillen bestaan. Dit was wel een bewuste keuze bij het contacteren van RVT's.

2.5.1. Contactname met respondenten

Om de intermediairs te contacteren werden brieven opgesteld en geadresseerd naar de hoofdverantwoordelijken van de Rust- en Verzorgingstehuizen. Dit gebeurde in 3 schrijfrondes, november 2006 (7 RVT's), december 2006 (6 RVT's) en februari 2007 (7 RVT's). De hoofdverantwoordelijken konden per email laten weten of ze interesse in het onderzoek hadden. Geen enkele hoofdverantwoordelijke is daarop ingegaan. Enkele weken na elke schrijfronde werden alle RVT's opgebeld. Zo hebben we alle hoofdverantwoordelijken van de 20 RVT's kunnen bereiken en 6 hoofdverantwoordelijken waren bereid hun medewerking te verlenen. De andere RVT's hadden verschillende redenen om het verzoek af te wijzen. De voornaamste waren: te weinig bewoners waardoor het onderwerp volgens hen niet relevant was, te weinig personeel en daardoor te druk. Eén RVT vond ook dat het onderwerp té gevoelig lag en té persoonlijk was.

Het doel was interviews af te nemen van de intermediairs. Dit zijn de personen die dagdagelijks in contact komen met de bewoners van de RVT's. De hoofdverantwoordelijken brachten ons telkens in contact met enkele medewerkers, waarmee dan een afspraak kon vastgelegd worden. In vier RVT's werden 2 verschillende personeelsleden geïnterviewd en in 2 RVT's werd 1 personeelslid geïnterviewd. Zo werden er samen 10 interviews afgenomen. Het was interessant 2 interviews af te nemen in hetzelfde RVT omdat dit vergelijking mogelijk maakt.

De adressen en telefoonnummers van de eerste zeven RVT's werden gevonden op www.seniorennet.be. Na die eerste ronde werd deze databank vervangen door de sociale kaart van Gent die recentere en juistere informatie bevat. De RVT's werden gevonden onder het trefwoord rustoord, Rust-en Verzorgingstehuis.

2.5.2. Afname van de interviews

Alle interviews werden door de onderzoekster persoonlijk afgenomen in een aparte ruimte waar men niet gestoord kon worden. Daar werd ook telkens expliciet naar gevraagd. Eén intermediair wou niet alleen geïnterviewd worden en liet zich assisteren door twee collega's. De reden was de verlegenheid van de intermediair. Omdat deze mening ook relevant is, werd dit interview niet geschrapd, dit ondanks de slechtere randvoorwaarden. Verder werden alle interviews onder dezelfde omstandigheden en met dezelfde vragenlijst afgenomen.

Sommige respondenten waren door de directie op voorhand ingelicht over het doel van het onderzoek, anderen werden op het moment zelf uitgepikt omdat ze die dag moesten werken en toevallig in de buurt waren. Allen werden op voorhand door de onderzoekster opnieuw ingelicht over het doel van het onderzoek en er werd toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Ook werd hen verzekerd dat de anonimiteit gewaarborgd wordt. Alle interviews werden met een dictafoon opgenomen en achteraf integraal uitgetypt.

De interviews werden ter plaatse afgenomen in een lokaal van de RVT's. Er is een groot verschil in lengte van de interviews. Zij variëren tussen 25 minuten en 1 uur 10 minuten. De gemiddelde lengte van de interviews is 45 minuten. De interviews werden telkens afgesloten met de vraag of men nog iets toe te voegen had. Daarbij kwamen soms nog opmerkingen maar meestal vonden de intermediairs dat alles gezegd was.

2.5.3. Verwerking van de interviews

Om de uitgetypte interviews te verwerken werden ze eerst integraal gelezen en werd de niet-relevante informatie geschrapd. Niet-relevante informatie is tekst die geen meerwaarde biedt om tot een oplossing van de probleemstelling en de onderzoeksvragen te komen.

Daarna werd de resterende tekst verdeeld in fragmenten en deze fragmenten werden gelabeld. Alle labels werden daarna in een tabel gezet en er werd gezocht naar verbanden, synoniemen en overlappingsen. Zo ontstonden de grote kernthema's die grotendeels overeenkomen met de centrale onderwerpen in onze onderzoeksvragen. Al deze handelingen gebeurden manueel. Zo werden de interviews herleid tot een overzichtelijk geheel van de onderzoeksresultaten.

2.5.4. Profiel respondenten en RVT's

De respondenten komen uit verschillende RVT's of rustoorden met een RVT-afdeling. Niet alle respondenten waren tewerkgesteld op een RVT-afdeling. Om complexiteit te voorkomen benoemen wij alle verschillende types rusthuizen hier onder de noemer Rust -en Verzorgingstehuizen. Vele rusthuizen werken ook niet meer met aparte RVT-afdelingen en andere afdelingen. De dementerenden, de RVT-bewoners (zorgbehoevenden), de ROB-bewoners (niet-zorgbehoevenden) wonen door elkaar. Wij wensten in dit onderzoek ook geen onderscheid te maken tussen deze verschillende types om respondenten te zoeken, omdat wij geïnteresseerd zijn in de ganse bewonerspopulatie. Hieronder ziet u het profiel van de bevraagde intermediairs. Het profiel van de bezochte RVT's is terug te vinden in bijlage 2.

3.Respondenten

	Afdeling	Leeftijd	Functie	Geslacht
R1	Dementen	30 j.	Verzorgende	v
R2	Dementen	32 j.	Kinesitherapeut	m
R3	Zwaar zorgbehoevenden	30 j.	Afdelingsverantwoordelijke	v
R4	Gemengde afdeling	44 j.	Verzorgende	v
R5	Gemengde afdeling	19 j.	Animatrice	v
R6	ROB (rustoord)	25 j.	Animatrice	v
R7	ROB (rustoord)	25 j.	Adjunct-verpleegkundige	v
R8	Gemengde afdeling	37 j.	Animatrice	v
R9	Gemengde afdeling	50 j.	Verpleegkundige (met medewerking van 2 collega's)	v
R10	Gemengde afdeling	52 j.	Verpleegkundige	v

3. Onderzoeksresultaten

In dit onderdeel wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Er dienen zes onderzoeksvragen beantwoord te worden en deze worden opgesplitst volgens de kernthema's die telkens terugkwamen in de interviews.

3.1. Confrontatie met de seksualiteit van de bewoners

Eerst wordt een algemeen beeld geschetst van het voorkomen van seksualiteit bij de bewoners.

3.1.1. Koppelvorming

In alle RVT's was het ooit al voorgekomen dat een mannelijke en een vrouwelijke bewoner een relatie met elkaar aangingen. In sommige RVT's gebeurt dit courant, in andere RVT's zijn dit eerder uitzonderingen. In enkele RVT's sprak men ook van homoseksuele relaties. Maar daar werd door de intermediairs niet dieper op in gegaan.

R8: *Die mensen hebben elkaar hier leren kennen en waren eigenlijk verliefd op elkaar. Dat heeft zo een ganse tijd geduurd. Ze zijn wel alle twee dementerend ook. En op een gegeven moment is de vraag gesteld van samen op een kamer te mogen gaan en dat is nu ook zo.*

R4: *Ja, die hebben elkaar gevonden, maar ja, hij zat ook bij andere, hij had er wel verschillende. De die dat hij voelde dat hij het aankon, dat ging hij wel proberen.*

R9: *Hij was een koppel geweest, zijn vrouw was gestorven. En zij was alleen. Ze hebben elkaar hier leren kennen. Ze zijn getrouwd, hier getrouwd.*

R3: *Soms gebeurt het ook dat twee vrouwen of twee mannen op een kamer willen. We hebben dat nu ook, dat zijn twee oude vriendinnen, eigenlijk levensgezellinnen, zo noemen ze zichzelf en die liggen samen.*

3.1.2. Seksuele betrekkingen tussen bewoners

Intermediairs geven dikwijls tegenstrijdige info over of seks al dan niet voorkomt op hun afdeling. Als er naar concrete confrontaties met de seksualiteit van de bewoners gevraagd wordt kunnen de meeste intermediairs concrete situaties benoemen. Maar tijdens het verdere verloop van het interview kan dan toch gezegd worden dat seksualiteit niet meer voorkomt of dat de bewoners er geen behoefte meer aan hebben. Sommige intermediairs melden dat ze zeker zijn dat enkele bewoners nog seksuele betrekkingen hebben.

R3: *Het koppel dat mekaar hier heeft leren kennen die hebben nog seksuele betrekkingen. Hoe dat ze dat doen, ik weet het niet, maar toch is het zo.*

R9: *Seks, dansen noemen ze dat. Zet onze bedden maar dicht bij elkaar, want we gaan een keer dansen vannacht.*

R5: *Volgens ons allemaal, wij denken dat gebeurt niet of dat kan niet, die zijn te oud. Zo denken wij allemaal.*

Het volgende citaat is een mooi voorbeeld van die tegenstrijdige info. Dit kan verklaard worden door de beperkte definitie die vele intermediairs hanteren. Seksuele betrekkingen worden door hen beschouwt als wanneer het gepaard gaat met penetratie.

R4: *Die lagen op bed en die waren toch elkaars borsten, en toch een keer in de buurt ook betasten, dat wel. Maar de werkelijke daad dat heb ik nog nooit zien gebeuren. Ik weet niet of ze de drang nog hebben in feite om dat nog te doen.*

Enkele intermediairs konden niet ontkennen dat de bewoners nog seksuele betrekkingen hebben want die hadden het met hun eigen ogen gezien.

R1: *Ik ben ooit eens binnengekomen bij een koppelke die seks aan het doen waren en eigenlijk echt waar, ik was vergeten van te kloppen. En ik kwam gewoon binnen en ge zag echt zo, zijn hand zat ergens zo.*

3.1.3. Masturbatie

Intermediairs worden ook vaak geconfronteerd met bewoners die masturberen. Masturberen wordt bij de intermediairs dikwijls gelinkt aan dementie. Er wordt minder vermeld dat ook niet-dementen nog masturberen.

R2: *Er wordt hier nog gemasturbeerd, er wordt hier nog dagelijks gemasturbeerd. Er zijn ook nog mannen die erecties krijgen, er zijn ook nog mannen die seksuele opmerkingskes geven.*

R5: *Er was een mevrouw die altijd zelfbevrediging deed. Maar ja, dat was een zwaar dementerende persoon. En ook altijd ge mocht ze aan tafel bijna nooit naast mannen zetten, want als ze dan mannen zag begon ze in hun broek. Hun broek uit te doen en zo hen te bevredigen. Maar ja, dat was erg. Zij was vroeger nog prostituee geweest. En ja, dat zit daar nog een beetje in, denk ik.*

3.2. Omgaan met de seksualiteit van bewoners

3.2.1. Humor

Vele intermediairs melden dat er niet ernstig over seksualiteit van bewoners gesproken wordt met de collega's en met de bewoners. Het wordt eerder al lachend besproken, omdat het nog een taboeonderwerp is.

R6: *Zo op een luchtige manier wel, zo. Gelijk, ja, ik heb een bewoner en die kan zo nogal bepaalde zaken dubbelzinnig opnemen en dan maakt ze daar zo wat grapjes over. Dat is wel plezant, hoor.*

R10: *Den enen is al wat grover dan de andere, maar meestal toch nog met een glimlachje zo, het is altijd wel een onderwerp waar een glimlach bij hoort.*

3.2.2 Openheid

Alle intermediairs melden dat zij open staan voor de seksualiteit van de bewoners.

R1: *Neen, ik heb daar geen enkel probleem mee, gewoon omdat ik zoiets heb van, ze zijn ook jong geweest, nu zijn ze oud, wie zijn wij voor dat af te pakken en ze zitten hier ook binnen, ze zitten hier eigenlijk tot hun dood, je moet dat ook zo bekijken, hé. En dan is dat ook als ze toch een klein plezierke hebben bij zoiets, laat het gewoon toe.*

Volgens de meeste intermediairs verschilt omgaan met seksualiteit bij bewoners van intermediair tot intermediair. De eigen normen en waarden spelen mee en sommige intermediairs denken ook dat de leeftijd van de intermediairs een belangrijke rol speelt in de omgang met seksualiteit.

R8: *Dat is heel persoonlijk, hé. Daar heeft zoveel mee te maken, uw eigen, in welke mate dat je zelf openstaat daarvoor. En ge kijkt ook naar bewoners, hé. Uw eigen waarden en normen spelen toch wel mee. En uw persoonlijke ervaringen. Dat speelt allemaal mee in hoe dat je daar mee kunt omgaan.*

R2: *Als je een zeer goede band hebt met een bepaalde bewoner en je komt er goed mee overeen, dan ga je er iets meer van kunnen verdragen. En dan ga je misschien ook kunnen verdragen dat die u een keer een slagske geeft. Maar als je er niet mee overeenkomt, dan ga je dat moeilijker verdragen.*

R3: *De jongere generatie van het personeel die maakt daar allemaal geen problemen van. Maar de ouderen waren zo van, allez, gaan wij dat toestaan? Zij gaan daar toch iets van zeggen.*

R10: *Maar bij jongeren is seksualiteit nog echt het middel om de grote liefde, he. En voor mij is dat al een beetje rustiger. De oudere verpleegsters kunnen daar een keer mee lachen, die staan daar losser tegenover. Dat is allemaal zo nieuw niet.*

3.2.3 Copingsmechanismen

Ook in de onderstaande citaten merken we een groot verschil op tussen de omgang van intermediairs met verschillende seksuele gedragingen van de bewoners. Sommige intermediairs trachten de seksualiteit van de bewoners te negeren, anderen bekijken de situatie op een humoristische manier en nog anderen zorgen ervoor dat de bewoners zich maximaal kunnen ontplooiën in hun seksuele relaties.

R9: *Ik vind dat zij maar doen, zolang dat ze ons gerust laten.*

R5: *Ik zou niet weten hoe ik moet reageren. Ik zou dat eigenlijk wel vies vinden moest ik een man nu zo. Ge hebt er ook, ze, zo van die mannen, als je zo een keer passeert die zo een keer in uw gat knijpen en zo. Ik moet dat ook niet weten, hoor.*

R1: *Ja, dat is wel efkes, den eerste keer dat ik dat zag, van allez, wat doet ze zij hier nu? Maja, hoe langer dat je die mensen ook kent, dus het eerste moment is dat altijd zo van, maar dan nog, ge lacht gij daar een keer mee, je laat die haar eigen ding doen, hé?*

R1: *Bij dat koppeltje, als het dan snoezel was, dan mochten zij samen in bad, met allemaal kaarsjes, dat zo romantisch mogelijk maken voor die twee. Want ik vind als je op zo een dienst werkt, dan mag je niet naar je eigen kijken, maar je moet naar de mensen kijken. Tenslotte wij moeten er mee leren omgaan maar die mensen moeten zich niet aanpassen aan ons, hé.*

3.2.4. Standpunt over de noden van de bewoners

Hoe omgegaan wordt met de seksualiteit van bewoners hangt ook sterk af van de visie over de noden van de bewoners. Als de intermediairs denken dat er geen nood meer is aan seksualiteit zullen ze ook niet nadenken over hoe ermee omgegaan moet worden.

Waar de bewoners zagezegd nood aan hebben hangt heel erg af van de persoonlijke mening van de intermediairs. Dit verklaart waarom er zoveel verschil tussen de antwoorden van de intermediairs is.

R1: *Ik denk eigenlijk dat ze geen dinges meer hebben voor seks, dat is zo meer een knuffel, dienen seks dat is niet meer, hé. Dat is zo een keer pampelen maar verder gaat dat niet, hé.*

R3: *Ze hebben geen behoefte om daarover te spreken.*

R4: *Ik heb zo bepaalde residenten in mijn hoofd die toch blij zouden zijn om er eens over te spreken. Want die mannen zitten nu ook zonder vrouw. En ja, er moet toch ook ergens behoefte zijn.*

R8: *Ik denk wel dat er nog behoefte is aan seksuele bevrediging. Misschien niet bij iedereen en waarschijnlijk wel in mindere mate, maar ik denk wel dat daar nog behoefte aan is. En of ze zich dan inhouden. Ja, dat zou wel goed kunnen.*

R9: *De meeste, den groten hoop zeggen mijn tijd is gepasseerd. Die zijn niet meer geïnteresseerd in seks.*

R10: *De vitale behoeften worden zo belangrijk, dat dat sociale, de liefde dat nog een stageke hoger zit, dat dat een ver van hun bedshow is. Dat wil niet zeggen dat je geen behoefte hebt aan liefde, maar de gedrevenheid, van het moet op die manier is anders.*

3.2.5. Omgaan met grenssituaties

Soms worden intermediairs geconfronteerd met moeilijke situaties waarbij men het gevoel heeft te moeten ingrijpen.

R6: *En dan hebben we eigenlijk één iemand van die koppeltjes, een man, en die durft eigenlijk de vrouwen lastig vallen. Dus hij is al dikwijls betrapt in het toilet met vrouwen. Hij lokt ze dus naar binnen en hij betast ze en zo. Er is dan een bepaalde periode heel den tijd klacht geweest dat er veel vrouwen waren die 's nachts een grote man aan hun bed zagen die hen betastte.*

R10: *Ik heb een keer meegemaakt dat er van een demente geprofiteerd werd door een niet-demente.*

In deze voorbeelden stoten de bewoners op de grenzen van verdraagzaamheid van het personeel en wordt er ingegrepen. Men grijpt in de RVT's in op basis van de beoordeling van de context. In sommige RVT's ziet men de context vlugger als bedreigend en gaat men vlugger ingrijpen. In twee RVT's werd overwogen een prostituee te laten komen. In bijna alle rusthuizen zijn er bewoners die medicatie krijgen om de seksualiteit te remmen. Probleemsituaties ontstaan meestal als het gaat over demente bewoners, agressieve bewoners, of bewoners die geen uitlaatklep vinden voor hun seksuele behoeften.

R2: *Sommige mensen zijn hier echt seksueel ongeremd. En als dat dan een probleemsituatie vormt naar uw verzorgende toe, dan moet je gaan ingrijpen, dan kun je daar niet aan uit. We hebben inderdaad wel een paar mensen die frenactil noemt het denk ik, een seksuele remmer gebruiken.*

R4: *Ge moogt het ook niet te ver laten komen, hé. Als ze alle twee bewust zijn daarvan, ok. Dan laten we dat toe. Dat is geen probleem zolang ze alle twee goed zijn, dat ze beseffen wat ze doen. Maar tussen dementen vind ik het een beetje phoe, je weet niet of ze het gewild hebben.*

R10: *Als het gedrag niet meer sociaal aanvaardbaar is, dan moeten we een oplossing zoeken. Iemand die agressief is, geven we ook iets om te kalmeren. Maar bij mij is dat het uiterste, medicatie voor het lamleggen voor seksualiteit. Eerst en vooral moet je communiceren over het niet-toelaatbaar zijn van het gedrag. En dan in hoeverre kun je ingaan op prostituees, hé. Ik heb nog nooit een situatie gekend waarin dat een oplossing zou geweest zijn, maar in de toekomst is dat zeker niet ondenkbaar.*

Soms worden bewoners ook verboden van seksuele betrekkingen te hebben wegens gezondheidsrisico's.

R6: *Het is nogal dikwijls dat ze terugkomen van het ziekenhuis en dat ze een ziekenhuisbacterie hebben. Dan moet je wel met hem praten van ge moogt geen contact hebben met haar, hé.*

R3: *Zij heeft die bloeding gedaan en dan hebben wij de dokter gecontacteerd en dan heeft hij gezegd dat ze zeker geen gemeenschap meer mogen hebben.*

Wanneer de intermediairs met een grenssituatie geconfronteerd worden weten sommige van hen al vlug wat er zou gebeuren. Maar zoals verder in het onderdeel 'beleid' zal blijken bestaat er geen vaste procedure voor het omgaan met de seksualiteit van bewoners. Sommige intermediairs vinden dat er geen vaste procedure mag opgelegd worden omdat het belangrijk is dat dit situatie per situatie bekeken wordt. Anderen verkiezen eerder een resolute oplossing bij grenssituaties.

R2: *Bij ons gaat het zo. Verzorging of verpleging merkt op de werkvloer van hm, die klopt wel veel op mijn gat, of die babbelt veel over hetzelfde, of die masturbeert veel. Wij vangen dat op en dan gaan we dat evalueren op het team. Dan proberen we dat via de kine of via de vertrouwenspersoon een keer achter te polsen, om te zien, wat is het probleem daar? Heeft hij ergens nood aan? Dat proberen we te achterhalen. Dan moeten we in team gaan bespreken van kijk, wat gaan we doen? Kunnen we eventueel een meisje van plezier laten komen, als hij dat wil? Of gaan we iets anders doen?*

R3: *Een keer het met een collega het erover hebben. Vragen wat zij er over denken. Dan een keer zien bij de hoofdverpleegster. Je kunt niet zo vandirect beslissingen nemen, hé.*

R9: *Maar dat praten gaat niet helpen, hoor. Een prostituee dat is de enige oplossing, dat we dat dan kunnen voorstellen. Dat ze dat kunnen hebben. Dat is het enigste dat er te doen is. En als ze dat niet willen, dan is het de dokter en medicatie, hé.*

3.2.6. Plaats voor overleg voor intermediairs en taakverdeling

In alle RVT's zijn er specifieke overlegmomenten waar de intermediairs met problemen terecht kunnen. Deze zijn het team, de overdracht, de collega's en andere specifieke overlegorganen.

R2: *Dat hebben wij toen op het team besproken, of er de mogelijkheid was om hem dat te kunnen geven, omdat wij ook weten dat dat bestaat dames van plezier die kunnen komen naar het rusthuis.*

R1: *Dat wordt allemaal besproken in de overdracht. Dat is elke dag van half negen tot negen uur en daar wordt elke bewoner besproken. Zo weet je altijd alles, en daarom kunnen we daar ook wel in groeien. Dat dat zo geen taboe is, er wordt daar echt wel over gesproken.*

R9: *Als dat zo'n problemen zijn dan overleggen wij dat met de collega's.*

R6: *Twee keer per jaar is er een multidisciplinair overleg. Dan wordt de bewoner volledig besproken. Dan wordt die situatie wel besproken.*

R9: *Tien minuten pauze pakken we om een potje koffie te drinken. Als er dan bepaalde dingen zijn, komt dat meestal hier tot bespreking.*

Sommige personen nemen een cruciale positie in wanneer er problemen zijn op de werkvloer. Meestal is dit de hoofdverpleegster, de psycholoog of de dokter.

R9: *Als er iets is bespreken wij dat toch altijd met de hoofdverpleegster.*

R2: *Wij hebben hier ook een externe psychologe die je in dat geval kunt inschakelen.*

R8: *Die problemen worden eigenlijk door het ganse team besproken. Dus er is niemand die alleen die, en in zo'n geval gaat de directie er zeker in betrokken worden. En de dokter, de dokter heeft er ook zijn mening over.*

R9: *We kunnen altijd met vragen terecht bij den dokter, en kunnen we daar niet terecht dan hebben we nog een coördinerende dokter die boven onze dokter staat.*

3.2.7. Communicatie

De meeste intermediairs melden dat er heel weinig vragen zijn van de bewoners over seksualiteit omdat het nog altijd een taboe-onderwerp is. In sommige RVT's is dit nog meer taboe dan in andere. Alle intermediairs verklaarden open te staan voor vragen van hun bewoners. Eén RVT heeft een sociale dienst met een vertrouwenspersoon om vragen te beantwoorden.

R2: *Dat zij zelf met vragen beginnen, niet echt. Dat zal eerder van mij uit komen. Maar ik ken er weinig die er zelf over begonnen en taboe is al één reden.*

R4: *Ja, ik zou daar open voor staan. Als ze mij iets zouden vragen dat ik daar een antwoord kan op geven. Neen, neen, ik vind dat zeker geen taboe om daar over te spreken.*

R6: *De mevrouw van de sociale dienst is de vertrouwenspersoon. Misschien dat ze eerder naar haar zouden toe gaan met zo'n problemen.*

Meerdere intermediairs denken dat zij door hun functie een goede band hebben met de bewoners van het RVT. Zij zouden dan ook meer vragen kunnen krijgen over seksualiteit van de bewoners.

R5: *Het is te zien welken band dat jij hebt met de mensen, hé. De meeste animatrices hebben een vree goede band met de mensen en anders is dat puur van ja, ik ga u nu wassen en, gewoon zakelijk. Gelijk ik sta redelijk dicht bij de mensen, tegen mij gaan ze rapper iets zeggen dan tegen een verzorgende.*

R6: *Wij als animator werken afdelingsgericht, dus elke animator heeft zijn eigen afdeling. Dat is ook met een bepaalde bedoeling want ge kent uw bewoners beter, zij kennen u beter. En op den duur, ze krijgen vertrouwen in u, ze gaan u dingen toevertrouwen. De verzorgenden en verpleegkundigen hebben hun agenda. Ze moeten er zoveel wassen. Dat is vlug, vlug, alles moet er, het werk moet erdoor zijn.*

R10: *Verpleegkundigen zijn over het algemeen niet zo preuts. Dat staat zo ook allemaal in de doktersromanekes, hé. Wij zijn het gewoon van naakte mensen te zien, en in die intimiteit te komen. Allez, de mensen zo tussen hun benen wassen. De verpleging wordt een stukje van hun intimiteit.*

3.3. Beleid rond seksualiteit in RVT's

In geen enkel RVT is er een beleid opgesteld rond de seksualiteit van de bewoners en hoe daar mee om te gaan. Slechts in één RVT is men daar mee bezig. Er wordt dikwijls gezegd dat er geen nood is aan een beleid omdat situaties waarin moet omgegaan worden met seksualiteit zo weinig voorkomen. We zien nochtans bij het onderdeel 'confrontatie met seksualiteit' dat alle intermediairs wel enkele situaties kunnen opnoemen.

De intermediairs melden wel dat moesten er zich meer situaties voordoen er wel gewerkt zou worden aan dit beleid. Eén intermediair zou meer regels en afspraken in het RVT niet mis vinden, maar dan eerder op een beperkt niveau.

R7: *Ik denk dat het wel nodig is dat we weten in hoeverre mensen iets mogen vragen en in hoeverre dat ze iets mogen doen. Bijvoorbeeld als er iemand zou vragen, mag er een prostituee komen, dat we weten of we dat mogen toelaten*

3.3.1. Taak van de directie

De directie heeft een belangrijke opdracht in het verwezenlijken van een beleid. Met de openheid van de directie tegenover het onderwerp staat of valt het beleid. Hier volgen enkele uitspraken van de intermediairs over de directie. Bijna alle intermediairs verklaren dat hun directie open staat voor dit onderwerp. Enkele intermediairs vonden dat dit nog beter kon.

R1: *Ja, hoor die staan daar zeker open voor.*

R6: *De directie houdt nog veel rekening met de zusters en bij hen staat de tijd wel wat meer stil, maar we leven niet meer in de Middeleeuwen, hé?*

3.3.2. Regels

Er bestaan in geen enkel RVT regels voor het personeel en voor de bewoners. Dit onderwerp komt enkel ter sprake als er zich werkelijk probleemsituaties voordoen. Het personeel heeft geen specifieke richtlijnen die dan kunnen gevolgd worden.

R2: *Nee, ik denk dat toch niet. Toch niet op papier. Ik denk niet dat dat in een procedure gegoten is. Normaal gezien hebben wij procedures, als er iets gebeurt, dan moet je het zo oplossen. Maar over seks gaat dat niet, hé. Het enigste dat wij echt wel zeggen, is zeggen van*

kijk, je moet je eigen gaan beoordelen en als er iets niet kan, moet je het ook zeggen tegen uw bewoner.

R4: *Concrete afspraken. Neen. Ik zeg het: het zou veel moeten voorkomen, we zouden inderdaad moeten afspraken maken onder elkaar. Maar het is nu maar bij enkelingen dat dat gebeurt. Dat is eigenlijk heel, heel, heel weinig. Ah ja, dat zou moeten veel voorkomen, we overleggen wij dat dan toch zo met elkaar, of zo een keer in de pauze, we babbelen daar wel over, hoor.*

Regels voor bewoners en hun seksualiteit zijn er in de RVT's ook niet. Sommige intermediairs zeggen dat de enige regels de grenzen zijn die de intermediairs zelf stellen naar openbaar seksueel gedrag. Andere intermediairs vinden dat er voor de bewoners geen regels mogen zijn om hun seksuele drang te verminderen.

R4: *Wat we wel gaan zeggen is dat ze naar hun kamer moeten gaan natuurlijk, hé. Want ze zouden zo, en dat zou toch een beetje vulgair zijn.*

R10: *Maar niet naar de bewoners toe, van dat mag niet en dat mag niet. In principe zijn zij hier thuis. Dat is hun huisje, hun kamer of flatje. En zij zijn de baas van hun huis, hé. Maar ik denk niet dat er van de directie uit beperkingen zijn van wat mag en niet mag. Ik denk dat de algemene regels van de maatschappij hier gelden. Gelijk dat in uw straat geldt. In uw straat moet ge ook niet aan seks doen in de hof van uw gebuur. Of in uw eigen hof als ze dat kunnen zien.*

3.3.3. Privacy van bewoners

Het respect voor de privacy van de bewoners is voor alle intermediairs zeer belangrijk. Er worden wel verschillende methodes gehanteerd. In het ene RVT moet men kloppen en wachten tot er geantwoord wordt. In andere RVT's wordt er enkel geklopt en in één RVT hebben de bewoners zelfs een deurbel. In sommige RVT's mogen de bewoners hun kamer sluiten. In andere RVT's wordt dit niet toegelaten omdat dit niet veilig zou zijn.

In het onderdeel 'confrontatie met' merken we dat ondanks alle voorzorgsmaatregelen het toch soms eens misloopt en dat er zo soms bewoners "betragt" worden tijdens hun seksuele activiteiten.

R10: *Ik vind persoonlijk als de mensen capabel zijn om hun deur op slot te doen dat we ze dan wel leiden naar die situatie. Of ze een sleutel bezorgen. Dat het weer sociaal aanvaardbaar wordt. Namelijk dat ze hun deur dicht doen, dan weten wij dat we niet binnen mogen. Want tjah, wij komen honderden keren binnen. Een keer water brengen, een keer incontinentiemateriaal, een keer eten brengen, dan wassen, wc-toer, ...*

R6: *Het enigste dat er is van privacy, dat is een gordijn tussen de bedden. Of tussen drie bedden. Tjah, die kamers van drie, er zijn wel gordijnen. Maar het is ook alles, he.*

R8: *Er bestaat een visietekst over leefgroepen, en we hebben een opdrachtverklaring en daar staat in dat de privacy zoveel mogelijk moet gerespecteerd worden. Ik denk ook wel dat dat, maar het is gewoon niet zo evident in een rusthuis om dat altijd heel stipt op te volgen.*

R5: *Hoe bedoel je van de privacy? Maar die mensen zijn dat zodanig gewoon, hé. Die worden alle dagen gewassen. Die hebben niet echt veel schaamte, hoor. Staan zij daar in hun bloten in hun kamer, dan vindt iedereen dat gewoon, hé. We hebben ze allemaal naakt gezien en als ze in hun naakten staan dan zeggen ze van och, kom maar binnen. Maar dat is een gewoonte. Ze hebben niet veel behoefte aan privacy.*

Ruimte voor seksualiteit

In de meeste RVT's zijn alle kamers eenpersoonskamers. Voor de koppels zijn er tweepersoonskamers. Maar in sommige RVT's met een verouderde infrastructuur heeft men nog drie - en zelfs vierpersoonskamer. Daar wordt de privacy van de bewoners dikwijls bedreigd.

R7: *Tjah, ze mogen wel samen zitten, maar ze mogen niet samen slapen ook. Je moet toch altijd een beetje rekening houden met degene die erbij liggen, hé.*

In sommige RVT's kwam naar voor dat een kamer apart, om zich even terug te kunnen trekken met de partner wel handig zou zijn. Dit is wel enkel zo in de RVT's waar men drie-en vierpersoonskamers heeft.

R6: *Een kamerke waar ze kunnen zitten en waar ze zich kunnen terugtrekken? Ja, het zal wel dat ik dat goed zou vinden. Het zou dan wel iets moeten zijn dat een beetje huiselijk aangekleed is, niet zo van een cel en ze gaan daar een uurtje zitten. Als je daar een keer alleen wil zijn. Ja, dat zou iets moeten zijn, met een tafel, een stoel, wat kastjes of zo, gelijk een huiskamertje.*

In de andere RVT's waren de intermediairs tegen zo een kamertje. Hun mening is dat er genoeg privacy op hun eigen kamer is. Er wordt dikwijls gezegd dat de bewoners hun kamer eigenlijk als hun thuis moeten beschouwen.

R2: *Naar discretie toe, een kamerke apart. Ik weet niet of dat echt supergoed is. want dan lok je ze zogezegd naar het hoerenkotje. En dan ziet iedereen dat. Op de kamer zelf is het beste denk ik. Maar dan moet je zorgen dat het een beetje discreet blijft, hé. Nu ik denk dat de kamer zelf ook het beste is, omdat ze dan ook in hun leefomgeving zitten. Ze voelen zich veel meer thuis, zo, hé.*

3.4. Knelpunten

Het recht op een volwaardige seksualiteitsbeleving voor de bewoners wordt door heel wat zaken tegengehouden die specifiek zijn aan het wonen in een RVT en aan het profiel van de bewoners.

3.4.1. Belemmeringen voor de seksualiteit van de bewoners

Profiel bewoners

De bewoners hebben een specifieke achtergrond, opvoeding, waarden en normen waardoor zij hun eigen nood aan seksualiteit soms als problematisch ervaren. Vele ouderen ervaren schaamte en schuld wanneer ze nog behoefte hebben aan seksualiteit omdat het altijd zo negatief in het daglicht wordt gesteld.

R10: *En de mensen die nu oud zijn hebben ook nog die klassieke manvrouw-verhouding. Ik merk op dat vlak nog een groot taboe. Want zij zijn heel dikwijls maar getrouwd geweest met één vrouw. Dus ik denk niet dat die generatie die vragen stelt.*

R10: *Ze hebben zich daarin berust dat ze maatschappelijk niet meer meetellen. En af en toe zie je nog eens iemand met vuur in zijn ogen, over politiek praten, over liefde.*

R8: *De gemiddelde leeftijd zal ongeveer tachtig jaar zijn. Dus ja, veel van onze bewoners zitten in een rolstoel en dat speelt natuurlijk allemaal. En veel mensen hebben ook beperkingen, en van die oudere mensen, veel zijn weduwe of weduwnaar en hebben ook zo iets van 'trouw aan'.*

R3: *Ja, ze praten er niet over. Ik moet eigenlijk zeggen dat het op mijn afdeling wel asociale mensen zijn. Ze zijn erg op zichzelf.*

De bewoners van een RVT dragen nog altijd een paar taboes met zich mee. De weinige intermediairs die daar al eens een vorming rond gevolgd hebben erkennen die taboes. En ze merken dat veel taboes ook standhouden.

R10: *Ik denk dat ze, niet dat ze niet die behoefte hebben, maar dat ze het van zich afduwen. Het is een taboe ook, hé, ouder worden. Ouderdom wordt samen gezien met rimpels, niet mooi zijn, niet meer zo rap zijn als de jongeren. Uitsluiting op de werkvloer, enzovoort. Uitsluiten van seksuele aantrekkelijkheid. Onze maatschappij dringt ook zo die schoonheid van twintig jaar op.*

Enkele intermediairs geloven ook dat de sociale klasse een rol speelt in de beleving van seksualiteit door de bewoners. De ene intermediair beweert dat de lagere klasse actiever is en de andere dat de hogere klasse het meer zal laten blijken.

R4: *Het is te zien welke klasse. Het is nu wel een verschil, hé. Wij kwamen van een redelijk gewoon bejaardentehuis en nu is dat al een klasse hoger, hé nu. Zogezegd, ik denk dat die er preutser over zijn om er over te praten dan eigenlijk de gewone bevolking. Die andere gaan er zo meer grapjes over maken, maar die nieuwere, die hier nu toekomen, die in feite een beetje de hogere klasse zijn, zijn daar wel preutser over.*

R6: *Wij hebben wel een apart publiek. Het zijn lagere klassen. En die zijn totaal niet op luxe gesteld. De gewone dingen zijn voldoende en hoe gewoner hoe liever eigenlijk. Dus, maar ik ken rusthuizen waar dat alles er veel luxueuzer uitziet en je merkt dat ook aan het publiek. Bewoners, ja, dat is een andere mentaliteit daar. En ik kan mij voorstellen dat dat daar dan wel, dat dat uitgesprokener is dan hier bij ons. Maar ik denk ook dat sommige moesten ze er echt behoefte aan hebben dat we het zouden weten, hoor. Ze hebben weinig remmingen, hé. Hetgeen ze denken floepen ze eruit. Ze zijn ook niet zacht voor elkaar. Dat sociale gevoel, die sociale geremdheid, dat zit er totaal niet in, hé.*

Eén intermediair gelooft dat mannelijke bewoners meer openlijk durven uitkomen voor hun seksualiteit dan vrouwen. De andere intermediairs melden geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

R2: *Mannen beginnen er rapper over als vrouwen. Ik denk dat met vrouwen, seks en vrouwen daar valt er eigenlijk minder over te zeggen. Het is vooral bij een mannenpopulatie meer vind ik zelf. Mannen gaan er rapper over babbelen dan vrouwen. Bij mannen zie je dat ook meer, hé. Ze hebben een erectie en ze trekken zich af.*

De seksualiteit van hun bewoners wordt ook soms vergeleken met die van personen met een handicap.

R10: *Ik heb nog nooit de vraag naar een prostitué gehad, maar in de gehandicaptenzorg weet ik, wordt dat courant gebruikt.*

R3: *Masturberen? Neen, neen, ik denk dat dat meer bij gehandicapten voorkomt.*

Familie

De families van de bewoners spelen een cruciale rol in het seksuele leven van de bewoner. In veel gevallen verloopt dit problematisch door het incesttaboe. Het incesttaboe werd gespecificeerd door Gijs en Migerode in 1986 (geciteerd in Neeleman, 2001), en betekent dat kinderen moeilijk kunnen geloven dat hun ouders ook seksuele wezens zijn. In sommige RVT's wordt dan eerder de kant van de familie gekozen, in andere wordt resoluut voor de bewoner gekozen en in enkele RVT's wordt eerder geprobeerd een tussenpositie in te nemen.

R3: *Ja, want uiteindelijk, het zijn onze mensen. Het zijn twee personen die nog goed bij hun verstand zijn. Uiteindelijk doen ze wat ze willen. Wij mogen eigenlijk niet zeggen van neen. Ge moogt dat niet, dat kan ook niet. En dan ja, de kinderen, dat is onderling, hé*

R4: *Ik vind als de familie het toestaat is het voor mij ok, maar dan moeten ze in hun kamer gaan. Dat het niet in het zicht van iedereen is. Het gaat mij vooral van de familie dat ze het toestaan. Anders gaat het niet door, want je moet toch een beetje ingrijpen, hé. Zolang dat maar een zoentje geven is, is dat allemaal geen probleem voor mij. Maar betasting, ja, als de familie echt vraagt voor dat niet te doen, ik denk dat we dan wel beter ingrijpen.*

R5: *Ik denk dat zij niet weten dat hun ouders nog seks hebben of daar nog mee bezig zijn. Ik denk dat ze dat moeilijk zouden aanvaarden.*

R6: *Ja, uiteindelijk moet je ook respect hebben voor de wensen van de familie. Maar het is uiteindelijk nog altijd de bewoner die hier is. Ja, de noden en behoeften van onze bewoners staan eigenlijk centraal. Dus ik denk dat daar zoveel mogelijk de gulden middenweg zou in gezocht worden en dat er zou gepraat worden met die familie en uiteindelijk in principe kunnen wij dat niet tegenhouden.*

Ook bij de intermediairs komt het incesttaboe soms voor.

R4: *Ik stel me dan voor. Ik zeg altijd het zou moeten met mijn moeder zijn, ik zou daar niet mee akkoord zijn. Uw moeder die je altijd met uw vader gelukkig geweten hebt en plots zie je ze daar met, en het is dan nog een vree marginalen als je hem ziet van persoon dienen man. Dat zou ik zeker niet toelaten natuurlijk. Maar het is natuurlijk wel een verschil tussen demente en goede.*

Medebewoners

Bewoners van een RVT leven samen in een beperkte ruimte. Ze worden niet alleen dikwijls gestoord door de intermediairs, maar moeten ook rekening houden met de medebewoners die kunnen storen.

R6: *Ze zijn hier heel mondig op deze afdeling. Ze sparen elkaar niet. Ik denk dat er langs die kant wel opmerkingen zouden komen.*

R2: *Stel u voor, er komt hier iemand vreemds, laat ons zeggen, een dame van plezier, die er tamelijk goed uitziet, en die passeert hier door de gang, maar niemand van de andere bewoners hebben die persoon al gezien, hé. Dan gaan ze sowieso al beginnen van hm. Heb je dat gezien, wie er daar is gepasseerd en die is daar die kamer binnen gegaan en die heeft daar twee uur binnen gezeten, wat hebben die daar gedaan? Er zou zeker al een roddel zijn. Wat je in een normale levenssituatie ook zou hebben. Als je in een dorpje woont, en er komt daar een vrouw bij één binnen, en de geuur heeft het gezien en ze hebben het allemaal gezien, hé. Dus dat is soms zeer moeilijk om discreet te houden. Het is ook hun leefwereld, hé. Eigenlijk is dat hier een klein dorp op zich. Al hetgeen hier gebeurt zien ze.*

3.4.2. Structurele problemen

Steeds oudere bewoners tegenover jonge bewoners

Verschillende intermediairs beweren dat ouderen steeds later naar een RVT gaan. Dit zou volgens hen een oorzaak kunnen zijn waarom de ouderen niet veel belang meer zouden hechten aan seksualiteit.

R10: *Omdat ze ouder binnenkomen, maar ook als het vijf voor twaalf is, als het echt thuis niet meer kan, als alles uitgeput is, want men is meer en meer aan het proberen die mantelzorg uit te bouwen om de mensen zolang mogelijk thuis te houden, omdat iedereen honderd jaar gaat worden. Seksualiteit is het minste van hun zorgen. Het stappen, het naar het toilet geraken, het eten en zo, zonder problemen. Dat is zo belangrijk geworden voor hun, dat seksualiteit naar de achtergrond komt.*

Een ander probleem in RVT's is dat heel wat jonge mensen met beperkingen daar ook terecht komen omdat er elders geen plaats is. De intermediairs vinden het moeilijk om om te gaan met de seksualiteit van deze jonge mensen.

R10: *Ik heb wel meegemaakt dat er een jongeman, 45 jaar, met een hersenbloeding op het RVT kwam omdat er geen andere mogelijkheden zijn. En die tegen de verpleegsterkes bezig was over hun muisseke en dat hij daar zo in geïnteresseerd was, hé, en die dan in paniek waren. En die man had zo rond zijn penis, een heel stuk die nooit gewassen werd. En dan hebben de jonge verpleegsters daar de oude verpleegsters naartoe gestuurd. Die kreeg een erectie en zo, hij was nog jong, ook hé. En die was zeer handtastelijk. Dat was een enorme panieksituatie.*

R2: *Wij hebben nu ook een man, een jongere man, die zijn ouders nog leven en hij wil soms ook genegenheid van een vrouw, want hij is regelmatig verliefd op een verpleegkundige of verzorgende, en hij wil ook een vrouw, en onlangs hebben wij een gesprek gehad, en dat was met de ouders, om te vragen als die persoon nood heeft aan genegenheid met een vrouw of wij die kunnen geven of niet. En toen zei hij zelf dat hij dat niet wou.*

Moeilijkheden voor oplossingen

Door specifieke kenmerken van sommige RVT's ontstaan er soms moeilijkheden om oplossingen te zoeken. De oplossingen die door de RVT's worden voorgesteld zijn bijvoorbeeld een prostituee, seksuele remmers of een apart kamertje voor seksuele contacten. Maar deze plannen kunnen mislukken door gebrek aan financiën, invloed van een katholieke achtergrond, tijdsgebrek, ...

Tegen de oplossing om een prostituee te laten komen naar de RVT's werden door enkele intermediairs bezwaren geopperd.

R2: *Het grote probleem als je hier toekomt, dan heb je eigenlijk over uw financieel gebied niets meer te zeggen. Meestal zijn het uw kinderen die uw financiële dingen regelen. Maar natuurlijk als wij meisjes van plezier laten komen, moet dat gefactureerd worden, en dat is zeer moeilijk over te brengen naar uw familie.*

R10: *Hoe ver sta je er zelf voor open voor zoiets? Want natuurlijk seksualiteit is voor de meeste bejaarden denk ik toch nog altijd een manier van liefde uiten, hé, en dat fysisch contact. En is niet ja gewoon dat seksuele ontladen, hé.*

In sommige RVT's hebben de bewoners het niet erg breed. Zij hebben geen inkomsten genoeg om de privacy naar hun noden te kunnen betalen. RVT's hebben soms zelf ook weinig middelen om bepaalde problemen op de agenda te plaatsen.

R6: *Van prijs scheelt dat direct een kamer alleen tegenover een kamer van drie en wij zitten met een publiek die het nooit zo breed gehad heeft.*

R6: *De directie is op alle mogelijke manieren aan het zoeken om geld te besparen. Als je met bepaalde projecten wil beginnen of bepaalde kosten hebt, moet je echt maken als je het gaat vragen dat je een hoop argumenten hebt en dat je je goed kunt verdedigen.*

Eén RVT is heel katholiek. Dit heeft een invloed op de omgang met seksualiteit in het RVT.

R6: *Je moet rekenen, we zitten hier in een Christelijke instelling. Er zijn hier nog achttien zusters. En die hebben een grote invloed. Ze gaan het ons wel proberen duidelijk te maken van dat dat niet past, dat dat hier niet thuis hoort en dat is niet meer nodig. Ik denk dat ze het daar wel moeilijk mee zouden hebben. Ze proberen er echt alles aan te doen om dat Christelijke toch in huis te houden, hé.*

Het personeel moet ook voldoende tijd hebben om aandacht te kunnen besteden aan de noden van de bewoners op het gebied van seksualiteit.

R10: *Ze moeten de vraag al horen, actief luisteren. Dat gaat heel dikwijls al voorbij. De signalen dat ze naar een bepaald onderwerp willen. Je moet dat al erkennen en als je dan nog gehaast bent, dan sluit je u zo automatisch een beetje af.*

Nood aan verandering in de maatschappij

De intermediairs geven ook aan dat vooraleer er oplossingen kunnen komen er een openheid tegenover seksualiteit van ouderen moet gecreëerd worden in gans de maatschappij.

R7: *Ja, als ze zelf zien en horen dat er durft, dat de buitenwereld er open voor staat, dan gaan ze misschien rapper er zelf ook voor kunnen openstaan.*

R3: *Dat zo eens meer op de voorgrond zetten zo en dan gaan misschien in de toekomst minder dochters en zonen daar tegen zijn. En ook ja, ik weet niet of dat er nog koppels zijn. Maar door dat in de media naar voor te brengen of dat op de voorgrond te zetten gaat er misschien wat meer gebabbeld worden. Het kan zijn dat er nog koppels zijn, die hun wens onderdrukken.*

R2: *Ik denk dat er goed moet nagedacht worden, van hoe dat je dan campagne moet voeren. Ik denk dat dat niet gemakkelijk is, hoor. Maar ik denk dat gewoon het gesprek opentrekken al veel zal doen. Alleen nog maar de cirkel doorbreken. Want dat is toch wel belangrijk. Ze moeten dat zeker ook al van jongs af aan stimuleren. Dat ze meer open moeten spreken over seks.*

3.5. Ondersteuning

In dit onderdeel wordt de mening van de intermediairs over ondersteuning voor de bewoners, de intermediairs en de familie belicht. Bij vele intermediairs was de interesse voor ondersteuning groot. Slechts enkele personeelsleden bleken totaal geen interesse te hebben in ondersteuning in deze thematiek. Sommigen melden dat het nu nog te weinig voorkomt om er veel rond te doen. Velen willen er wel eens iets meer over te weten komen. De mening over de optimale vorm van ondersteuning verschilde sterk van intermediair tot intermediair.

Drie personeelsleden hadden al eens een bijscholing gevolgd over seksualiteit bij ouderen. Twee waren daar naartoe gestuurd door de directie, van de andere persoon was het een eigen keuze.

R10: *Wel dat ging ook een beetje over seksualiteit en dat was eigenlijk op basis van statistiek vooral. Hoeveel nog aan seksualiteit gedaan werd. Maar als ik me niet vergis was het ook meer over het algemeen, alle zeventigplussers. En dat is een groot verschil met bewoners van een rusthuis.*

Veel intermediairs denken dat er weinig interesse zou zijn bij de bewoners omdat het taboe daar nog groot is. Maar in de meeste RVT's kunnen de intermediairs enkele bewoners aanduiden die wel geïnteresseerd zouden zijn.

In het interview werd vooral de nadruk gelegd op het bieden van informatie, vorming en beleid als ondersteuning voor bewoners en personeel. Wat de intermediairs belangrijk vonden voor het beleid werd aangetoond in het onderdeel 'beleid'. In wat volgt wordt dus enkel de nood aan informatie en vorming besproken.

3.5.1. Informatie

Velen zouden een brochure voor de bewoners, voor het personeel en voor de familie interessant vinden. Anderen hebben daar persoonlijk geen behoefte aan, maar denken dat het voor de familie of voor de bewoners interessanter zou zijn.

R1: *Ik vind dat ik al genoeg heb aan mijn collega's. Ik vind dat het op dat gebied hier wel goed is.*

R9: *Interessant is het altijd, maar hoe kunnen we het op de werkvloer gebruiken? Een brochure is wel altijd interessant. Terwijl een vorming, iedereen mag dan dikwijls niet naar die vorming. En als je dan een brochure hebt erover.*

De intermediairs hebben soms een verschillende visie op de noden van bewoners aan informatie.

R10: *Ik denk mensen die er op negentig nog op die manier kunnen over praten, aan die informatie geraken in hun milieu. Als je erover praat krijg je informatie, dus haar vriendinnen zijn ook ouder, hé. Oh ja, ik heb dat ook, ik doe dat ertegen, of mijn dokter heeft dat gezegd en dat werkt goed. Dus als je open bent raak je aan informatie.*

R8: *Wel informatie. Het is misschien meer als ze eens met iets zitten, dat ze er moeten kunnen over praten. En ik denk dat het dan het belangrijkste is dat we misschien allemaal daar een beetje open voor staan.*

R10: Gewoon zoiets dat je kunt nemen. Je hebt zo in rusthuizen dikwijls van die borden waar dat informatie over kanker en zo. Bijvoorbeeld daar zo iets bij van ouder worden en seksualiteit, eventueel zo een adres waar dat je nog meer info kunt krijgen, een uitgebreidere flyer of zo, of boekje of informatiebrochure.

R5: Ik denk dat daar nog een beetje te veel taboe voor is, denk ik. Moest dat zo enen persoon zijn dan zouden ze dat nog wel doen. Maar gewoon het gedacht dat anderen dat ook zouden weten. Dat zou teveel zijn. Er is nog veel schaamte daar rond.

R9: De mensen die er nu zijn hebben geen nood aan informatie.

Sommigen stellen een vertrouwenspersoon voor als alternatief om info aan te bieden. Deze persoon kan informatie geven op een discrete manier.

R6: Ik denk dat je daar best gaat werken met vertrouwenspersonen. Of aandachtspersonen van ja, uw bewoners duidelijk maken van kijk, dat ze weten moest er een probleem zijn dan kunnen ze bij die persoon terecht. Vorming voor bewoners of een spreker daar rond, ik denk dat dat weinig interesse gaat lokken. Zeker algemeen niet. Misschien gaan er ook veel zijn die er zich gaan over schamen als er centraal zo een vorming gaat georganiseerd worden. Maar weten van kijk, als ik dat probleem heb, kan ik bij die persoon daarmee terecht.

Alle intermediairs denken dat de familie meer ondersteuning kan gebruiken in de omgang met de seksualiteit van hun ouders. Bij de familieleden, vooral bij de kinderen is het taboe helemaal nog niet verdwenen. Er zou daar over moeten kunnen gesproken worden met de familie.

R8: Hier wordt soms een informatievergadering gegeven aan familie van bewoners. Dat kan over van alles gaan. En zo dan, in zo'n bijeenkomst zou dat wel eens aan bod kunnen komen.

R7: En zo soms van andere familieleden verhalen en zo. Ik denk dat dat wel scheelt, als je zo een keer kunt lezen wat andere mensen meegemaakt hebben.

R2: Zeker en vast. Waarin dat duidelijk moet gemaakt worden, dat het niet is omdat je ouder wordt dat je niet meer aan seks denkt, geen seksuele gevoelens meer hebt.

3.5.2. Vorming

De meeste intermediairs vinden dat een vorming voor het personeel nuttig en interessant zou zijn. Voor de bewoners zou het waarschijnlijk nog te veel taboe zijn. Er zou weinig volk op afkomen. Ook tegenover een vorming voor de familie staan de intermediairs twijfelachtig.

R10: Ja, dat zou niet slecht zijn als iedereen er meer over weet. Dat gaat dan misschien meer naar boven komen, hé. Als er meer mensen zijn die signalen zien. Hier komt meestal iemand praten erover als er bijscholing is. En dan kunnen er daarna vragen gesteld worden. Eerst geeft men zo een beetje een structuur van de visie, hé, van de visie van deze tijden op die zaken.

R8: Ik denk dat die vormingen dat dat het beste is. Je hebt daar de kans om vragen te stellen. En ik denk ook dat het beter is dat er een aanspreekpunt is, dat er iemand die vormingen volgt. Die dan mensen die dan er mee geconfronteerd worden er naartoe kunnen, dan dat je zo'n brochure zou uitbrengen naar al het personeel. Want dan wordt dat niet gelezen en vergeten.

R4: *Ik zou wel een keer willen weten hoeveel dat dat in de andere homes voorvalt en wat ze daar dan mee doen. Ja, ik vind dat wel een onderwerp waar dat we een keer iets zouden mogen over hebben. Ja, zeker weten, want kijk, zoals je nu bepaalde vragen stelt. Dan kan ik niet antwoorden, omdat je er het nog nooit over gehad hebt. Er zou daar wel een keer iets mogen over zijn, bijvoorbeeld een cursus of een debat of zo.*

R5: *Ik zou er wel eens een email rond lezen, maar een dag op cursus gaan, neen. Dat zou ik er niet voor over hebben*

R3: *Ik denk wel dat er sommige bewoners, meest vrouwen, maar ja, ik heb nu wel vooral vrouwen, ik denk wel dat er zo een paar, neem nu dat er iemand zou kunnen komen spreken over dat thema, ik denk wel dat er een paar, niet veel, maar een stuk of vier, bij elkaar zou krijgen om zo van kijk, er komt iemand spreken.*

R10: *Als je een lezing doet, dan zouden er al veel mensen moeten zijn. Maar een brochure voor te beginnen. En misschien in de regio af en toe iets, waar je dan die mensen naar kunt verwijzen. Dan zijn er mensen die hetzelfde probleem hebben, die dezelfde vragen hebben. Want ik denk per rusthuis, je kunt het altijd proberen. Maar ik denk niet dat iedereen denkt dat zijn ouders het nog doen.*

R4: *Ja, in feite zouden we dat ook kunnen doen, hé. Naar de familie toe ook zo wat informatie doorgeven en vragen of er ook zo interesse is om zo mee te komen luisteren naar een infoavond. Dan zou je direct kunnen weten of dat ze open voor staan voor hun moeder of niet, hé. Maar ik denk dat dat naar de familie toe een delicaat onderwerp is*

3.5.3. Toekomstbeeld

Vele intermediairs vinden dat ondersteuning wel interessant is, maar ze voegen er meestal aan toe dat ondersteuning niet dringend is. Ze denken dat dit in de toekomst anders zou kunnen zijn. Ondersteuning zou volgens de intermediairs wel preventief aan het personeel en aan de bewoners gegeven kunnen worden.

R1: *Maar natuurlijk hoe zullen de mensen worden, die van zestig, dat gaat natuurlijk iets gans anders zijn dan nu, die gaan wel ondersteuning kunnen gebruiken. Dan zou het misschien wel beter zijn als er iemand loopt op den dienst, die zich daar wel mee bezig houdt, omdat we dat dan meer gaan tegenkomen.*

R6: *We gaan een ander publiek binnenkrijgen. Mensen worden veeleisender, hé. Ze zijn meer gewoon ook. De mensen die wij nu hebben, ze zeggen van wij worden hier goed verzorgd en ok, het is niet meer hetzelfde als thuis. Maar de eisen van de bejaarden gaan veranderen, hé. Naarmate dat de jaren evolueren. Die vraag gaat er dan meer en meer komen.*

4. Discussie

In de discussie worden kritische bemerkingen toegevoegd aan de onderzoeksresultaten en worden de resultaten vergeleken met de literatuurstudie die uitgevoerd werd om theoretische achtergrond te verwerven.

Confrontatie met de seksualiteit van bewoners

Coolsaet (2006) stelt dat mannen en vrouwen tot op hoge leeftijd intiem en actief blijven zolang men een goede gezondheid heeft. Dit wordt bevestigd in dit onderzoek.

In alle RVT's zijn nieuwe koppels ontstaan, verschillende intermediairs maken melding van bewoners die zichzelf bevredigen en in enkele RVT's waren probleemsituaties ontstaan rond de seksualiteit van hun bewoners.

De Cock (2000) stelt in zijn onderzoek dat de belangrijkste vormen van seksuele activiteiten van ouderen zijn: tegen elkaar liggen, strelen en kussen. Alle intermediairs kunnen één of meerdere situaties waarin ze geconfronteerd werden met de seksualiteit van de bewoners opnoemen. Dit ging dan onder andere over betasting, masturbatie, zoenen en strelen. Dit komt overeen met de vormen uit het onderzoek van De Cock.

Zoals Reynaert e.a. (2004) stellen dat de seksualiteit van de man beperkt wordt door het stereotype beeld dat seksualiteit enkel handelingen omvat die gericht zijn op de coïtus, zo vinden we dit ook terug in de definiëring van de seksuele daad door de intermediairs. Ze hebben bijvoorbeeld wel al gezien dat bewoners elkaar strelen of betasten, maar dit definiëren ze niet als een seksuele daad, omdat het niet gericht is op de coïtus. Vele intermediairs ontkennen door deze beperkte definitie dat de seksuele daad nog voorkomt. Volgens Reynaert e.a. (2004) wordt de oudere man zo in het stereotype van de asexuele, andropauzale man geduwd. Dit kan als gevolg hebben dat velen berusten in hun verarmd seksueel leven. Waarschijnlijk geldt dit proces ook in de RVT's waar de intermediairs een beperkte definitie hanteren.

Gianotten e.a. (2004) stellen dat de seksuele interesse tot op hoge leeftijd aanwezig blijft. Vele intermediairs melden dat ze niet goed weten of hun bewoners nog behoefte hebben aan seksuele betrekkingen. Enkele intermediairs denken dat de meeste bewoners geen seksuele behoeften meer hebben. Anderen zijn er zeker van dat de bewoners er wel nog behoefte aan hebben en dat de bewoners nog aan seks doen. Hier bestaat dus een groot verschil tussen de meningen van de verschillende intermediairs.

Van Beveren (2006) stelt dat tegenwoordig het competentiemodel gehanteerd wordt. Daarbij gelooft men dat een mens tot op hoge leeftijd competent en deskundig kan zijn in zijn eigen, unieke levensloop. Wij merken dat de meeste intermediairs eerder het vroegere deficietmodel hanteren. Er wordt dikwijls vermeld dat de bewoners alles verliezen als ze in het RVT terechtkomen: de sociale contacten, de maatschappelijke positie, de gezondheid. Dit komt overeen met het idee dat ouderen volgens het deficietmodel alsmaar aftakelen en het zou kunnen verklaren waarom velen denken dat de bewoners niet veel behoefte meer hebben aan seksualiteit.

Toch zijn onze bevindingen in zekere zin ook positief. In tegenstelling tot de 70% van de intermediairs uit het onderzoek van Janssens uit 1991 (geciteerd in Koster en Rademakers, 2000), die beweren dat seksualiteit in hun rusthuis niet voorkomt, konden wij van alle intermediairs specifieke situaties rond seksualiteit verkrijgen. Enkele intermediairs zijn er ook van overtuigd dat seks nog in alle facetten plaatsvindt.

Omgang met de seksualiteit van bewoners

In het onderzoek van Verkuyl en van 1995 (geciteerd in Koster en Rademakers, 2000) gaf slechts 5% van de respondenten uit de verpleeghuizen aan dat er ooit over dit onderwerp gesproken werd. In ons onderzoek stellen alle intermediairs dat ze in hun RVT openlijk kunnen spreken met de collega's en de directie over de seksualiteit van de bewoners.

Volgens Horkmans e.a. (1998), Klai e.a. (2000), geciteerd in Klai e.a. (2006), kan de 'dirty old man', de seksueel oudere man, dikwijls nog met ironie en een glimlach aanvaard worden. De 'dirty old woman', de seksueel oudere vrouw, kan meestal enkel op misprijzen en afkeuring rekenen.

Dit kwam gedeeltelijk terug in dit onderzoek. Alle intermediairs melden namelijk dat dit praten over seksualiteit altijd met een glimlach gebeurt, behalve als er zich probleemsituaties voordoen. Dit duidt op een gedeeltelijk blijvend taboe over seksualiteit bij ouderen maar dit geldt voor zowel de vrouwen als de mannen. Dit komt overeen met de term 'ageism'. Die werd gespecificeerd door Geerts (1998) en verwijst naar de negatieve maatschappelijke situatie waarmee ouderen, zowel vrouwen én mannen te maken hebben als het gaat over seksualiteit.

Slechts één intermediair meldt een verschil tussen mannen en vrouwen. Mannen staan meer open voor seksualiteit en kunnen er opener over praten dan vrouwen. De andere intermediairs rapporteren dit verband niet.

Uit het onderzoek van Neeleman uit 2001 blijkt dat veel hulpverleners denken dat ouderen niet willen praten over intieme onderwerpen omdat ze uit een tijd komen dat er over zo'n onderwerpen niet gesproken werd. Uit dit onderzoek blijkt echter dat er een groot verschil bestaat tussen de profielen van de intermediairs en hoe ze omgaan met het onderwerp tegenover de bewoners.

Sommige van de oudere personeelsleden vinden dat zij het gemakkelijker hebben dan de jongere collega's omdat zij meer ervaring hebben en omdat de liefde voor hen niet meer zo mystiek is. Jongere intermediairs vinden dat zij er ook opener over zijn omdat zij minder in die taboesfeer zijn opgegroeid. Dit verschil tussen jonge en oudere personeelsleden werd niet teruggevonden in de literatuur. Wat we wel terugvinden in het onderzoek van De Cock uit 2000 is dat de oudere personeelsleden opgroeiden onder de prestatiegerichte moraal waar het principe gold 'alles mag, niets moet'. De jongere personeelsleden groeiden op onder de intimiteitsmoraal waarbij intimiteit binnen een relatie weer belangrijk werd. Deze theorie kan mogelijke verschillen tussen jongere en oudere personeelsleden verduidelijken.

Wat ook vermeld werd door de intermediairs, is dat zij omgaan met de seksualiteit van de bewoners vanuit hun eigen achtergrond en hun eigen normen en waarden. Er kunnen hierbij vragen gesteld worden want dit staat een uniforme behandeling voor de bewoners in de weg.

In de literatuur werd weinig teruggevonden over de omgang met bewoners die wel nog seksuele behoeften hebben en over de oplossingen die daarvoor gezocht worden.

De intermediairs rapporteren daar het volgende over. Zij vinden seksualiteit bij de bewoners dikwijls problematisch als het gaat over demente bewoners. Mensen met dementie uiten hun

seksualiteit vaak in het openbaar en dit kan erg confronterend zijn. Als deze mensen een relatie aangaan wordt dit dikwijls moeilijk aanvaard omdat de intermediairs niet weten of dit is wat de bewoners werkelijk wensen en of hij/zij daar wel echt gelukkig mee is. Vele intermediairs hebben dan ook de neiging om deze relaties tegen te houden.

Voor bewoners die agressief worden omdat ze geen uitlaatklep vinden voor hun seksuele behoeften werd in enkele RVT's een prostituee gecontacteerd als oplossing. In 2 RVT's werd dit als oplossing voorgesteld aan de bewoners, maar de bewoners wezen dit verzoek af. Sommige intermediairs hebben hun bedenkingen bij deze oplossing. Een prostituee kost geld en de financiën worden dikwijls geregeld door de familie. Voor vele familieleden blijft de seksualiteit van hun vader, moeder, tante, ... een groot taboe.

Een andere bedenking die gemaakt werd is dat een prostituee niet kan voldoen aan de behoeften van intimiteit en verbondenheid zoals die aanwezig zijn in de klassieke manvrouwverhouding en dit is waar de bewoners volgens de intermediairs naar smachten. Dit komt overeen met de beheersingsmoraal waar de oudste ouderen van vandaag volgens De Cock (2000) in opgroeiden. Daarin was de duurzame huwelijksrelatie belangrijk, de seksuele gemeenschap mocht enkel plaatsvinden binnen het huwelijk en was gericht op de liefde en voortplanting. De intermediairs bevestigen deze theorie van De Cock.

In bijna alle RVT's worden bij enkele bewoners seksuele remmers toegediend. Dit gebeurt in de vorm van druppeltjes en pilletjes. Deze methode vindt plaats wanneer de intermediairs geen raad meer weten met de behoeften van de bewoner. Dit gebeurt in overleg met de dokter. Hier kan weeral de vraag gesteld worden of de grenzen van de intermediairs niet erg subjectief zijn en of de bewoners hier wel een gelijke behandeling krijgen.

In de literatuur staat dat mannen en vrouwen tot op een hoge leeftijd actief kunnen blijven op seksueel vlak zolang men in goede gezondheid is (Coolsaet, 2006). Soms wordt het de bewoners dan ook verboden om seksuele betrekkingen te hebben wegens gezondheidsrisico's zoals het krijgen van bloedingen of het gevaar op besmetting met de ziekenhuisbacterie. De bewoners worden aangeraden geen seksuele betrekkingen meer te hebben terwijl er nog andere mogelijkheden zijn zoals bijvoorbeeld het gebruik van glijmiddel. Deze hulpmiddelen zouden in de RVT's meer aanbevolen moeten worden.

Er bestaan in vele RVT's belemmeringen om bepaalde oplossingen aan te reiken. Dit zijn onder andere een gebrek aan financiën, beïnvloeding van een katholieke achtergrond en tijdsgebrek van het personeel. Deze belemmeringen moeten in rekening gebracht worden wanneer men de situatie voor de bewoners wil verbeteren.

Beleid

Vonk (1996) ondervond in haar onderzoek dat het thema seksualiteit in een verpleeghuis niet dikwijls aan bod komt (geciteerd in Koster en Rademakers, 2000). Uit het onderzoek van Verkuylen uit 1995 (geciteerd in Koster e.a., 2000), blijkt dat in de enkele gevallen dat er een discussie was over seksualiteit in een RVT, dit dan als basis voor een eerste beleidsinstrument kon dienen.

Uit dit onderzoek blijkt dat er wel gesproken kan worden over de seksualiteit van de bewoners met de directie. Dit heeft echter in geen enkel geval geleid tot de aanzet van een eerste beleidsinstrument. In geen enkel beleid van de RVT's staat iets vermeld over de seksualiteit van de

bewoners. Er wordt aangegeven dat alle andere handelingen in procedures gegoten zijn, maar dit niet. Velen geven aan dat dit onmogelijk is omdat elke situatie verschillend is en dat elke situatie zelfstandig naar de eigen normen en waarden beoordeeld moet worden. Dit kan zoals reeds gezegd werd een nadelige situatie voor de bewoners zijn.

Ook denken velen dat een beleid niet nodig is omdat er zich te weinig situaties voordoen. Maar als gemeld wordt dat elke intermediair wel ooit al een probleemsituatie heeft meegemaakt dan valt dit argument weg. Er kan besloten worden dat er helemaal geen afspraken bestaan over de omgang met seksualiteit van bewoners. Dit werd ook bevestigd door de intermediairs. Ook de bewoners zelf werden nooit aangesproken over hun recht op seksualiteit. Niet tijdens het onthaal en ook niet tijdens hun verblijf in het RVT. Enkel als zich een langdurig probleem zou voordoen zal de directie het hebben over seksualiteit met de bewoner.

in het onderzoek van Glass, Mustian & Carter (1986) en Quin-Krach en Van Hoozer (1988) (geciteerd in Koster en Rademakers, 2000) staat dat een stijgende kennis over het thema 'seksualiteit bij ouderen' voor een positieve attitude ten aanzien van dit thema zou zorgen. In dit onderzoek kan eerder het omgekeerde gezegd worden. De intermediairs verklaren dat zij te weinig achtergrondinformatie en handvaten hebben om met probleemsituaties om te gaan. Zij staan wel open om iets bij te leren over het thema. De intermediairs vertoonden grotendeels een positieve attitude ten opzichte van de seksualiteit van de bewoners, maar toch bleken zij niet echt geïnformeerd te zijn over het thema. Dit blijkt uit het feit dat slechts drie van de tien intermediairs ooit een vorming volgden over het thema en dat de rest aangaf dat zij over weinig tot geen informatie beschikten over het thema. De reden die de intermediairs aanhalen voor de betere attitude bij het personeel is de grotere openheid van de directie en de stijgende aandacht voor ouderen in de hele maatschappij.

Volgens White (1982) en Bretschneider en McCoy (1988) voelt 37 % van de ouderen die in een RVT wonen zich soms of altijd belemmerd om zich seksueel te uiten (geciteerd in Rademakers, 1994). In de studie van Casman, Legros en Lenoir van 1998 kwam 5,5% van de intermediairs binnen zonder kloppen. In dit onderzoek worden over de privacy in de RVT's zowel positieve als negatieve zaken gemeld. Alle intermediairs verklaren dat er altijd moet geklopt worden bij het binnengaan van een kamer. Toch bekennen enkele intermediairs dat ze ooit eens hadden vergeten te kloppen of dat een collega dit vergeten was en dat ze zo de bewoners in hun intieme bezigheden hadden gestoord.

In enkele RVT's wordt de privacy grondig verstoord door de verouderde infrastructuur. Deze belemmering werd niet vermeld in de literatuur, maar dit is ook een groot beleidsprobleem. In deze RVT's wonen de bewoners vaak nog in drie -of vierpersoonskamers en krijgen nieuwe koppels weinig tot geen kansen om een seksuele relatie uit te bouwen. Zij hebben geen ruimte om aan hun seksuele behoeften tegemoet te komen. Masturbatie is moeilijk want het enige wat er van privacy is, is een gordijntje. In deze RVT's vinden de intermediairs de optie om een kamer apart ter beschikking te stellen voor intimiteiten geen slecht idee. Ze hebben er wel bedenkingen bij. Iedereen vindt het best dat de intimiteit in de leefomgeving van hun eigen kamer kan plaatsvinden. De beste oplossing is dan ook dat alle bewoners een eigen kamer kunnen hebben. In de toekomst zal dit volgens de intermediairs ook zo zijn, want de inspectie van de RVT's dringt daar sterk op aan. In veel RVT's zijn er grote verbouwingswerken op komst.

Alle intermediairs melden dat de privacy van de bewoners een grote prioriteit is in hun RVT. Dit is ook een thema dat overal in het beleid is opgenomen. Slechts enkele opmerkingen stellen deze oprechtheid in twijfel. Eén intermediair zei dat de bewoners geen behoefte hebben aan privacy omdat men het gewoon is dat er voortdurend mensen binnenkomen. Bij deze intermediairs leeft het idee nog dat seksualiteit en het seksuele verlangen volledig verdwijnen naarmate men ouder wordt. Volgens Klai, Van den Eynde en Van de Velde (2006) is dit taboe nog altijd niet helemaal verdwenen. Dit wordt hier dus bevestigd.

Knelpunten

De bewoners groeiden op onder de beheersingsmoraal. Dit blijkt uit het onderzoek van De Cock (2000). Daardoor bezitten de bewoners van een RVT volgens de intermediairs intrinsiek enkele specifieke kenmerken waardoor hun seksualiteit belemmerd wordt. Ze ervaren zelf schaamte en schuld wanneer ze voelen dat ze nog seksuele behoeften hebben en gaan deze volgens de intermediairs daarom niet laten blijken. Dit komt overeen met de theorie van De Cock die zegt dat deze ouderen opgroeiden onder de repressie en de controle van de katholieke kerk ten opzichte van seksualiteit.

Enkele intermediairs leggen een verband tussen de sociale klasse van hun bewoners en hun seksuele behoeften. Eén intermediair die vooral bij bewoners van een lagere sociale klasse werkt denkt dat die er minder voor uitkomen omdat ze niet willen klagen, omdat ze tevreden zijn met weinig luxe en niet ondankbaar willen lijken. Een andere intermediair die bij bewoners werkt van een hogere sociale klasse denkt dat die bewoners preutser zijn. Ze zijn opgevoed met de katholieke opvatting dat seksuele behoeften 'zondig' zijn. In de literatuur werd geen verband tussen de sociale klasse en openheid ten opzichte van seksualiteit gevonden, maar de katholieke opvatting speelt volgens de intermediairs toch een rol.

Enkele intermediairs vinden het interessant om de situatie van de bewoners in een RVT te vergelijken met de situatie van personen met een handicap die in een instelling verblijven. In instellingen voor personen met een handicap leeft men ook dicht bij elkaar. Ook daar is het niet evident om om te gaan met de seksuele behoeften van de bewoners. Deze vergelijking klopt dus gedeeltelijk. Als de beleidsverantwoordelijken van de bejaardensector kunnen kijken naar wat daar als oplossing voorgesteld wordt, zou het misschien een steun zijn om zelf oplossingen te vinden.

De Cock schreef in 2000 dat bejaarden in ROB's en RVT's voortdurend geconfronteerd worden met personen die hun seksuele leven kunnen beïnvloeden. Dit zijn onder andere: de directeur, de zuster, de verpleegster, de dokter, de eigen kinderen, de bezoeker, ... Dit wordt bevestigd in dit onderzoek. Dit betekent volgens de intermediairs een grote belemmering voor hun seksuele leven. De intermediairs stellen enkele oplossingen voor: een sleutel om de deur te kunnen sluiten, een bordje waarop staat niet storen dat kan gebruikt worden voor verschillende gelegenheden, een kamer apart die kan gebruikt worden voor als bewoners intiem wensen te zijn. Toch wordt daar dikwijls bij vermeld dat een goede oplossing voor dit probleem moeilijk is omdat de bewoners zo dicht op elkaar leven. Dit is een belangrijk beleidsprobleem.

Vooraf de familie heeft een grote invloed op de seksualiteit van de bewoner. Gijs en Migerode spraken in 1986 (geciteerd in Neeleman, 2001) van het incesttaboe en omschrijven dit als volgt. Kinderen kunnen zich van hun ouders moeilijk voorstellen dat ze nog seksuele betrekkingen hebben en vinden dit een angstwekkende gedachte. Dit incesttaboe speelt ook een rol in de RVT's.

De intermediairs zeggen dat als de kinderen seksuele contacten van hun ouders ontdekken ze dit dikwijls willen verbieden of dat ze er zich willen aan onttrekken. Als het gedrag niet stopt gebeurt het dat de kinderen of de familie niet meer op bezoek komen, of dat ze de bewoner willen verplaatsen van RVT of van afdeling.

De intermediairs voelen zich dan gedwongen om een keuze te maken tussen de wil van de bewoner en die van de familie. Er wordt in de helft van de gevallen gekozen voor de familie. Het incesttaboe kan ook teruggevonden worden in de argumentatie van enkele intermediairs om te kiezen voor de kant van de familie. Ook dit beschreven Gijs en Migerode in 1986. Zij verklaarden dat bij dit incesttaboe de innerlijke conflicten van de hulpverlener met betrekking tot de relaties met de eigen (groot)ouders gemakkelijk kunnen opgeroepen worden. Ook in dit onderzoek vergelijken enkele intermediairs de seksualiteit van de bewoners met de seksualiteit van hun eigen ouders. Zij vinden het daarom moeilijk om zich voor te stellen dat er nog een betekenisvol seksueel leven kan uitgebouwd worden. Dit allemaal vormt een groot probleem voor de bewoner om een normaal seksueel leven te hebben in het RVT.

Onder de bewoners heerst ook sociale controle. Er wordt vlug geroddeld als er iets gebeurt. Dit kan een bijkomende drempel zijn voor de bewoners om een relatie aan te gaan, om de relatie een seksuele dimensie te geven of om uit te komen voor de seksuele behoeften.

In een RVT worden dikwijls jonge mensen met fysieke of psychische beperkingen opgenomen. In enkele RVT's verblijven bewoners die nog maar veertigers zijn. Vele intermediairs melden dat deze bewoners hun seksuele behoeften nog explicieter laten blijken en dat ze meer eisen hebben omdat ze het taboe van de seksualiteit minder voelen dan de oudere bewoners. Dit kan weer verklaard worden door het onderzoek van De Cock (2000). Deze jongere bewoners zijn niet meer opgegroeid onder de beheersingsmoraal, maar onder de prestatiegerichte moraal. Zij ervaren seksualiteit dan ook niet als een groot taboe. De intermediairs weten dikwijls niet goed hoe men moet omgaan met deze bewoners. Dit is een heel actuele problematiek waar ook oplossingen voor gezocht moeten worden.

Nood aan ondersteuning

Uit het onderzoek van Calamidas (1997) en Hodson en Skeen (1994) bleek dat educatie heel belangrijk is om het onderwerp seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken en zo vooroordelen uit de wereld te helpen. Dit zou dan leiden tot een beter begrip van seksualiteit en ouderen (geciteerd in Koster en Rademakers, 2000). Volgens De Backere (2000) is er heel veel onwetendheid bij de verzorgenden in RVT's over de wens, het vermogen en de manier waarop seksualiteit beleefd wordt door de bejaarden. Er werd reeds aangehaald dat vele intermediairs dit ook zelf melden. Alle intermediairs geven wel aan dat ze iets meer te weten willen komen over seksualiteit bij ouderen. Er is echter geen overeenstemming over wat de beste vorm zou zijn voor ondersteuning voor het personeel. Er kan wel besloten worden dat informatie voor het personeel zoals uit voorgaande onderzoeken blijkt dringend noodzakelijk is.

Delamater en Sill (2005) melden dat een gebrek aan of verkeerde seksuele informatie aan de bejaarden een belangrijke invloed heeft op hun seksualiteit. De intermediairs weten niet goed of de bewoners nood en interesse hebben aan ondersteuning. Volgens de intermediairs en als we voorgaand onderzoek in rekening nemen is het belangrijk dat daar ook onderzoek naar komt. In de meeste RVT's kan men wel enkele bewoners aanduiden die geïnteresseerd zouden zijn, maar men

denkt dat het taboe bij de bewoners toch groter is dan bij het personeel. Ook dit kan weer toegeschreven worden aan de verschillende moralen waaronder de bewoners en het personeel zijn opgegroeid volgens het onderzoek van De Cock (2000). Ook hier was geen overeenstemming over de vorm van ondersteuning.

De intermediairs leggen ook de nadruk op het belang van informatie voor de familie. Omdat de kinderen in vele gevallen zo negatief staan tegenover de seksualiteit van hun ouders, vinden de intermediairs dat een campagne ook naar de kinderen gericht moet worden. De intermediairs denken dat als de kinderen ondervinden dat seksualiteit bij ouderen in een RVT veel voorkomt en als ze geconfronteerd worden met gelijkaardige situaties van familieleden van andere bewoners dat zij er ook meer open voor staan. Dit komt overeen met het onderzoek van Calamidas (1997) en van Hodson e.a. (1994) (geciteerd in Kusters e.a., 2000) waaruit blijkt dat educatie belangrijk is om meer openheid te bereiken.

Jacobs, Vanderleyden en Vanden Boer (2004) verklaren dat ouderen in de toekomst beter opgeleid, mondiger, welstellender en gezonder zullen zijn. Zij noemen deze ouderen 'WEPS' en 'GRAMPIES'. De meeste intermediairs delen dit toekomstbeeld. Zij hebben dan ook het gevoel dat er in de toekomst meer te doen zal zijn rond de seksualiteit van de bewoners. De intermediairs denken dat de bewoners veeleisender en opener tegenover seksualiteit zullen zijn. Daarom zal ondersteuning voor de intermediairs, voor de familie en voor de bewoners noodzakelijk worden. De intermediairs vinden dat de campagne zich ook zou moeten richten naar de maatschappij in het algemeen. Het gesprek over ouderen en seksualiteit moet opengetrokken worden naar iedereen. De intermediairs vinden dat de wereld moet weten dat er nog behoefte is aan seksualiteit, ook in een RVT. Zo zouden er minder conflicten ontstaan tussen de familie, het personeel en de bewoners.

Conclusie

Vele bewoners van de RVT's hebben nog seksuele behoeften. Alle intermediairs werden er ooit al mee geconfronteerd. De intermediairs melden dat er nog gemasturbeerd wordt, zowel door bewoners met dementie en in minder mate of minder openlijk ook door bewoners zonder dementie. Er worden in vele RVT's ook nog nieuwe relaties gevormd. In 1 RVT vond zelfs een huwelijk plaats tussen twee negentigers. Sommige intermediairs weten met zekerheid dat de bewoners nog veel plezier aan hun seksuele contacten beleven.

Toch houden er bij de intermediairs nog veel taboes en vooroordelen stand. In de meeste RVT's wordt nog steeds het deficietmodel gehanteerd. Dit model houdt in dat de bewoners alles, van hun sociale contacten, de zeggenschap over hun financiën, hun capaciteiten tot uiteindelijk het leven verliezen. Door dit model te hanteren behouden vele intermediairs het vooroordeel dat de bewoners in hun verlies berusten en dat ze geen seksuele behoeften meer hebben. Deze intermediairs hebben dikwijls het gevoel dat ze moeten ingrijpen omdat ze denken dat de bewoners daar zelf de competentie niet voor hebben. Zij zullen vlugger toestaan dat seksuele remmers worden toegediend of aan de bewoners voorstellen een prostituee te laten komen.

Het incesttaboe is een andere verklaring waarom sommige intermediairs vlug ingrijpen. Het incesttaboe houdt in dat kinderen van koppels zich niet kunnen of willen voorstellen dat hun ouders seksuele betrekkingen hebben. De intermediairs denken bij de seksuele contacten van bewoners aan hun eigen ouders en zijn daardoor vlugger geneigd om die seksualiteit te verbieden.

Enkele intermediairs vermelden ook al enkele elementen van het competentiemodel. Deze intermediairs zien de bewoners als personen met capaciteiten en willen de bewoners hun gang laten gaan. Zij willen dan ook alles in het werk stellen om deze personen een volwaardig seksueel leven te laten uitbouwen.

Maar toch hanteren vele intermediairs een zeer strikte definitie van wat seks hebben nu juist inhoudt. Zij beperken seks tot handelingen die gericht zijn op de coïtus. Strelen en betasten worden door vele intermediairs niet als seks beschouwd. Ze denken dat eens de man niet meer in staat is een erectie te krijgen, de seksuele betrekkingen eindigen. Zij duwen de man in een stereotype van de asexuele persoon. Dit is een vooroordeel die een belangrijke invloed heeft op de omgang met de seksualiteit en de privacy van de bewoners. Uit de literatuur blijkt dat voor de bewoners deze voorgaande handelingen wel heel belangrijk zijn in hun seksuele contacten.

Naast de visie van de intermediairs zijn er nog andere belemmeringen voor de seksualiteit van bewoners in een RVT. Vele bewoners worden heel erg omringd door hun familie. Deze familie wordt soms ook beïnvloedt door het incesttaboe. De kinderen van de bewoners hebben het heel moeilijk om de seksualiteit van hun ouders onder ogen te zien en reageren dan ook vaak op een ongepaste manier. Ze verminderen het bezoek aan hun ouders of willen de vader of moeder verplaatsen van afdeling of van RVT. Zo kunnen enorme conflicten ontstaan in het RVT. Hierbij staat de intermediair voor de moeilijke keuze tussen de bewoner of de familie. Er wordt vaak gekozen voor de familie omdat die een belangrijke rol speelt in het RVT. Zij staan onder andere in voor de financiën van de bewoners. Dit vormt een heel nadelige situatie voor de bewoner.

Door de beperkte ruimte in een RVT kunnen ook conflicten ontstaan met medebewoners. In vele RVT's heerst een enorme roddelcultuur. De bewoners zelf houden op die manier het taboe in stand en dit belemmert de bewoners om uit te komen voor hun seksuele behoeften of relaties.

Ook de infrastructuur van een RVT kan een belemmering zijn voor de uiting van seksuele behoeften. Enkele RVT's hebben voornamelijk twee, drie – of vierpersoonskamers en in die RVT's is geen ruimte voor het vormen van seksuele relaties of voor zelfbevrediging.

Een laatste grote belemmering is dat in geen enkel RVT een beleid opgesteld is over de seksualiteit van de bewoners. De intermediairs kunnen geen procedure volgen voor als zich probleemsituaties voordoen en de bewoners weten ook niet waar zij recht op hebben. Dit leidt tot een willekeurige behandeling van de bewoners waarbij de ene intermediair meer toelaat dan de andere. Hier kan de vraag gesteld worden of de bewoner dan wel genoeg vrijheid krijgt om een eigen seksueel leven uit te bouwen. De intermediairs mogen ingrijpen volgens hun eigen normen en waarden en de mening van de bewoner wordt daarbij nog te vaak over het hoofd gezien.

In dit onderzoek is al heel wat aan het licht gekomen maar verder onderzoek is dringend noodzakelijk. In dit onderzoek is een beeld geschetst van de opvatting van de intermediairs over de seksualiteit van de bewoners. Maar dit onderzoek is uitgevoerd in een beperkte tijdspanne en er werden slechts een beperkt aantal intermediairs geïnterviewd. Dit onderzoek is dus niet representatief voor de ganse bejaardensector in Vlaanderen. Door het groot aantal gevonden knelpunten kunnen we besluiten dat verder onderzoek niet langer op zich kan laten wachten.

We willen ook opmerken dat de meningen van de intermediairs soms heel uiteenlopend waren en dit bemoeilijkte ons om een eenduidig overzicht van de RVT's te schetsen. Onze visie is dat geen enkele mening irrelevant is en daardoor werd dit onderzoek behoorlijk omvangrijk. Door het beperkte onderzoek dat reeds naar deze materie gedaan is was het moeilijk om een visie en kritische bedenkingen te formuleren. Het is ook een heel gevoelig thema en daarom was het belangrijk om dit onderzoek vanuit een open geest tegemoet te komen. Doordat de onderzoekster via de eigen familie zelf in contact komt met de seksuele behoeften van ouderen in een RVT en zo merkt dat dit inderdaad geen gemakkelijk kwestie is, was het moeilijk om de personen die daarmee geconfronteerd worden te beoordelen. Dit kan het onderzoek mogelijks beïnvloed hebben. Ook de onderzoekster leefde nog met enkele taboes die in dit onderzoek aan bod kwamen. Het was niet altijd gemakkelijk om die aan de kant te zetten en die open geest te behouden.

Er kunnen vanuit dit onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan worden naar verder onderzoek. In dit onderzoek is een beeld geschetst van de situatie in de RVT's aan de hand van de mening van de intermediairs. Dit zijn de personen die dagdagelijks in contact komen met de bewoners.

Een volgende stap is zeker naar de mening van de bewoners zelf vragen. Het is mogelijk dat dan een heel ander beeld te voorschijn komt. Zij zijn het misschien helemaal niet eens zijn met de verklaringen van de intermediairs.

Onderzoek bij de familie van de bewoners zou ook heel verdienstelijk zijn voor deze problematiek. Zoals reeds aangehaald werd hebben ook zij een grote impact op de seksualiteit van bewoners van RVT's.

Ook de mening van de directie van de RVT's zou moeten verduidelijkt worden. Zijn zij het eens met de mening van de intermediairs? Staan zij werkelijk nergens met het uitwerken van een beleid of is dit een problematiek waar al heel wat over vergaderd en nagedacht is?

Ook de beleidsmakers van de bejaardensector zouden bevroegd moeten worden. Hoever staan zij al in het nadenken over deze problematiek?

Er valt nog heel wat onderzoek uit te voeren als we het hebben over seksualiteit van ouderen in de context van een Rust –en Verzorgingstehuis. Een eerste belangrijke stap zou het wegwerken van het taboe rond seksualiteit en ouderen in het algemeen kunnen zijn. Nu worden heel wat campagnes gevoerd naar seksualiteit van jongeren, maar deze doelgroep moet dringend uitgebreid worden. Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat seksualiteit niet verdwijnt, zelf niet bij de oudsten van onze maatschappij en deze groep mag dan ook niet langer genegeerd worden.

Referentielijst

- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Theunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bolle, G. & Ponjaert, J. (1995). *Wat met intimiteit na 55 jaar*. Provincie Limburg: 6° directie, afdeling Drukkerij.
- Bott, M. (2004). *Geliefden/Timeless love*. Den Haag: Ef & Ef.
- Casman, M.T. & Lenoir, V. (1998). *Oud worden in een rusthuis, rust of onrust?* Brussel: Katrien Raeymaekers.
- Coolsaet, B. & Van Loo, E. (2006). *Minnaars m/v met ervaring, intimiteit en seksualiteit van het ouder worden*, geraadpleegd op 5 oktober, 2006 op www.minnaarsmetervaring.be.
- De Backere, G. (2000). *Lastig gedrag en intimiteit in de bejaardenzorg*. Leuven: uitgeverij Acco.
- De Cock, L. (2000). *Open en bloot, liefde, intimiteit en seksualiteit na vijftig*. Roeselare: Roularta.
- De Cuypere, G. & Van Moffaert, M. (2003). Verouderen en seksualiteit: relationele aspecten. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 59 (3), 187-193.
- Delamater, J.D & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The journal of Sex research*, 42(2), 138-149.
- Geerts, C., Horckmans, T. & Ponjaert-Kristoffersen, I. (1998). *Meisjes van 50, een sociaal en psychologisch portret van vrouwen in de middenleeftijd*. Leuven: Acco.
- Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I., Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Handout Onderzoeksmethoden en - technieken, 2 KAN en VP Sociale en culturele agagiek, kwalitatief luik – Prof. Dr. D. Verté & T. Vanwing – academiejaar 2003-2004.
- Jacobs, T., Vanden boer, L. & Vanderleyden, L. (2004). *Op latere leeftijd, de leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Klaï, T., Van den Eynde, S. & Van de Velde, I. (2006). Ouderen en Seksualiteit. *UVV info*, 8(2), 32-37.

- Koster, E. & Rademakers, J. (2000). Seksualiteit binnen zorginstellingen voor ouderen, verslag van een evaluatieonderzoek. *Documap Sensoa*, 1-57.
- Neeleman, A.J.F. (2001). Sekstherapie met senioren, *Tijdschrift voor seksuologie*, 25(1), 16-25.
- Rademakers, J. (1994). Seksualiteit van ouderen, een literatuurstudie. *Tijdschrift voor seksuologie*, 18(3), 208-213.
- Reynaert, C., Tordeurs, D., Van Houtte, M., Verreckt, E. & Zdanowicz, N. (2004). Het affectieve en seksuele leven na 50 jaar. *Belgian Journal for sexual health*, 1, 12-17.
- Van Beveren, D. (2006). *Optimaal ouder worden*, geraadpleegd op 5 oktober, 2006 op <http://psy.cc>
- Van Rijsingen, H. (2003). *Senioren op vrijersvoeten, wat vijftigplussers willen weten over seksualiteit, intimiteit en relaties*. Haarlem: Uitgeverij J.H. Gottmer.
- www.oost-vlaanderen.be/socialekaart
- www.seniorennet.be

Bijlagen

- Bijlage 1: Interviewschema
- Bijlage 2: Profiel RVT's

Bijlage 1

Interviewschema intermediairs

Gerief uithalen en vragen of ik mijn dictafoontje mag gebruiken, want het is niet altijd gemakkelijk om alles op te schrijven.

Voorstellen van mezelf

Eva Bossuyt, ben van Wevelgem (bij Kortrijk) en ik studeer aan de vrije universiteit van Brussel, ik zit in mijn laatste jaar en daarom doe ik dus dit jaar mijn thesisonderzoek.

Het onderwerp van mijn thesis is seksualiteitsbeleving bij bewoners van Rust -en Verzorgingstehuizen. Dit is samen bepaald met Sensoa, de organisatie die in Vlaanderen werkt rond seksualiteit. Zij willen zich niet enkel concentreren op jongeren en daarom wilden ze zich nu ook richten op ouderen. Daarom is het belangrijk dat ze te weten komen wat er leeft in het werkveld. En daarom neem ik nu interviews af in verschillende RVT's met personen zoals u die dagdagelijks in contact komen met ouderen. Ik wil u voor dat we eraan beginnen zeker al eens bedanken dat uw aan dit onderzoek wilt deelnemen, want uw mening is voor ons onderzoek wel heel belangrijk zodanig dat wij verder kunnen nadenken over de thematiek van de bejaarden.

Het interview zal ongeveer een uurtje duren.

Vragen: algemene inleidende vragen naar profiel

Ik zou eerst wat praktische vragen willen stellen over jou beroep en jou profiel.

- Wat bent u van opleiding?
- Hoe oud bent u?
- Wat is uw functie in het RVT?
- Hoeveel jaar heeft u reeds ervaring in die functie?
- Hoeveel jaar werkt u al in deze zorginstelling?
- Heeft u ook al in andere zorginstellingen gewerkt?

Topics

1. seks en ouderen

Een thema waar we over nadenken in ons onderzoek is de seksuele revolutie van de jaren zestig. Toen werd niet meer zo streng over seksualiteit nagedacht, was het minder een taboe. De jongeren die in deze tijd opgroeiden zijn nu ondertussen ook al zestigers. Deze mensen zullen waarschijnlijk anders nadenken over seksualiteit dan de oudere senioren die nu in de rusthuizen zitten.

- 1) Merkt u nu al veranderingen op bij de nieuwste senioren die hier binnenkomen?
- 2) In welke mate werd u al geconfronteerd met intieme situaties of seksualiteit tussen de bewoners ?
- 3) Kunt u deze situaties beschrijven?

2. omgaan met

- 1) Wanneer u met een intieme situatie geconfronteerd werd, hoe ging u daar dan mee om?
- 2) Vindt u de confrontatie moeilijk?
- 3) Vindt u het moeilijk om daarmee om te gaan?

3. regels in RVT

- 1) Hebben bewoners soms **vragen** over hun privacy of over problemen in verband met hun seksualiteit?
- 2) Kunnen de bewoners aan u vragen stellen over hun eigen seksualiteit?
- 3) Is er in dit RVT een plaats waar senioren terecht kunnen met hun vragen over intimiteit en seksualiteit?
- 4) Hoe wordt hier omgegaan met **privacy**?
- 5) Waar kunnen de bewoners intiem zijn? Is er speciale accommodatie voorzien voor bewoners die intiem wensen te zijn ?
- 6) Staan er in **het beleid van het rusthuis** specifieke richtlijnen voor de werknemers omtrent de omgang met seksualiteit bij de bewoners?
- 7) Staan er in het beleid specifieke richtlijnen en regels voor de bewoners over hun eigen seksualiteit?

4. noden - en behoeftenonderzoek

- 1) Heeft u nood aan ondersteuning op het gebied van de bewoners en hun seksualiteit?
- 2) Denk je dat dit gevoel ook leeft onder jou collega's ?
- 3) Indien er ondersteuning gewenst is, hoe ziet u die dan? (heel veel doorvragen)
- 4) Denkt u dat de bewoners meer ondersteuning kunnen gebruiken? Hoe zou dat volgens u kunnen gerealiseerd worden? (*ook drie hoofdpunten*)

De drie hoofdpunten hier zijn: informatief, vorming, beleid

vbn.: een cursus, een handleiding, een aanspreekpunt, betere richtlijnen (opvang) vanuit het beleid van tehuis, overheidsmaatregelen, betere accommodatie, financiële steun? Waarom dat, waar zouden ze het meest aan hebben? Wat zouden ze zelf het liefste hebben?

Bijlage 2

2. Profiel RVT's

RVT	Bewoners	Dagprijs	Sociale klasse	Type
RVT1	116	€ 34,50 tot € 38,10	Gemengd	Erkend als Autonoom Rust- en Verzorgingstehuis (# VZBZ003)
RVT2	131	Niet gekend	Gemengd	Erkend als Autonoom Rust- en Verzorgingstehuis (# RVT V2B 2055) en Erkend als Autonoom Rustoord (# ROB PE 1269)
RVT3	64	€ 49	Hoog	Eerste zorghotel van Vlaanderen
RVT4	179	Niet gekend	Laag	Erkend als Rusthuis door Vlaamse Gemeenschap (# VZB172) en Erkend als Rust- en Verzorgingstehuis door Vlaamse Gemeenschap (# PE 253)
RVT5	173	€ 29,24 tot € 47,65	Hoog	Erkend als Autonoom Rustoord door Vlaamse Gemeenschap (# PE1067 - VZB 296)
RVT6	174	€ 37,70 tot € 40,96	Gemengd	Erkend als OCMW Rustoord (# CE 2094) en Erkend als OCMW Rust- en Verzorgingstehuis door Vlaamse Gemeenschap (# V28 2230)