

# SEKS OP LEEFTIJD

## SEKSUALITEITSBELEVING BIJ OUDEREN

### IN VLAAMSE WOONZORGCENTRA

Aantal woorden: 19071

Elisabeth Vander Stichele (19974888)

Evelien Muylaert (00905638)

Marie Vanackere (02101269)

Steven Carron (01512418)

Promotoren: Prof. dr. Els Elaut, Prof. dr. Guy T'Sjoen

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van het getuigschrift Permanente Vorming Seksuologie

Academiejaar: 2019-2020



## Inhoudsopgave

Inleiding	4
Seksuele gezondheid, seksueel gedrag en seksuele rechten	6
Woonzorgcentra in Vlaanderen	8
Onderzoeken naar de seksualiteitsbeleving van ouderen (in woonzorgcentra)	9
Maatschappelijke perceptie van seksualiteit bij ouderen	12
Houding van verzorgend personeel ten opzichte van seksualiteit	13
Bestaande ondersteuningsmiddelen voor het bespreekbaar en 'beleefbaar' maken van seksualiteit in woonzorgcentra	16
Zakboek verpleegkundige diagnoses	17
(EX-)PLISSIT	17
Vorming en advies Aditi vzw	18
Sexuality Assessment Tool (SexAT) for residential aged care facilities	18
Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS)	18
Vlaggensysteem	18
Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers (Zorgnet Vlaanderen, 2015)	19
Groepsdiscussies rond seksualiteit	19
Sensibilisering	19
Keurmerk prestaties in de zorg	20
Gemandateerd personeel	20
Heteronormativiteit in bestaand onderzoek	20
Conclusie en onderzoeksvragen	22
Onderzoeksvraag 1	22
Onderzoeksvraag 2	22
Onderzoeksvraag 3	23
Methode	24
Procedure	24
Meetinstrumenten	25
Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie	25
Kennis over seksualiteit	25
Attitude ten opzichte van seksualiteit bij bewoners	25
Mate waarin het beleid de behoeftes van bewoners op vlak van seksuele intimiteit ondersteunt	26
Steekproef	27
Onvolledige deelnames	31

Statistische analyses	31
Resultaten	33
Hypothese 1: Een positievere attitude over seksualiteit bij directieleden verhoogt de kans op de aanwezigheid van een concreet beleid	33
Hypothese 2: Een betere kennis over seksualiteit bij directieleden verhoogt de kans op de aanwezigheid van een concreet beleid	35
Hypothese 3: Minstens 70% van de deelnemers behalen een SexAT score van 'goed' tot 'zeer goed'	36
Discussie	37
Sterktes van het Onderzoek	39
Beperkingen van het Onderzoek	40
Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	40
Conclusie	41
Referentielijst	42
Bijlagen	48
Bijlage 1: Toestemming gebruik SexAT	48
Bijlage 2: Voorbeeld van begeleidende brief voor deelnemers	50
Bijlage 3: Overzichtsdocument voor deelnemers	52
Bijlage 4: Voorbeeld van herinneringsbrief voor deelnemers	53
Bijlage 5: Informed Consent voor deelnemers	55
Bijlage 6: Lijst Contactgegevens Vlaamse Woonzorgcentra	58
Bijlage 7: Vragenlijsten	59
Deel 1 – Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie	59
Deel 2 – Kennis over seksualiteit	62
Deel 3 – Attitude ten opzichte van seksualiteit bij bewoners	64
Deel 4 - Nederlandse Sexuality Assessment Tool (SexAT)	67
Beleid.	67
Het bepalen van de noden van de oudere persoon.	68
Opleiding en training personeel.	69
Informatie voor en ondersteuning van oudere volwassenen.	70
Informatie voor en ondersteuning van families.	71
De fysieke omgeving.	71
Veiligheids- en risicomangement.	72
Tot slot.	72

## **Inleiding**

Volgens Statistiek Vlaanderen zal de veroudering in Vlaamse steden en gemeenten aanzienlijk toenemen, waardoor het aantal 65-plussers in 2027 met ongeveer 288.000 zal toenemen tegenover 2017 (Vlaamse overheid, 2017). De resterende levensverwachting vanaf 65 jaar lag in 2016 op 19,3 jaar voor mannen en 22,6 jaar voor vrouwen (Vlaamse overheid, 2016). Belangrijk binnen deze context is de vraag welke impact langer leven heeft op gezondheid (“adding years to life vs life to years”). Binnen bestaand onderzoek wordt dan gesproken van het ‘aantal gezonde levensjaren’, waarmee veelal afwezigheid van ziekte en beperking wordt bedoeld. Wanneer we echter een positieve definitie van gezondheid hanteren, kijken we ook naar de kwaliteit van het leven, het mentaal welbevinden, dagelijks functioneren, zingeving enz. (CM Ziekenfonds, 2018). Ook seksualiteit behoort daartoe. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2010) omschrijft seksualiteit als een centraal aspect van het leven, bijgevolg is het een belangrijk onderdeel van gezondheid en ervaren levenskwaliteit van iedere mens. Onderzoek toont bovendien aan dat een intieme relatie en seksualiteit kan leiden tot verhoogd lichamelijk en psychisch welzijn bij ouderen (Waite, Iveniuk, Laumann & McClintock, 2017; Dominguez & Barbagallo, 2016; Haesler, Bauer & Fetherstonhaugh, 2016). Seksualiteit in een partnerrelatie kan de individuele levensduur verlengen, het immuunsysteem verbeteren, zorgt voor vreugde, pijnbestrijding en ten slotte een goede seksuele gezondheid. Seksualiteit is tevens een belangrijke mogelijke preventieve maatregel tegen belangrijke doodsoorzaken, zoals hartaandoeningen en kanker (Buttaro, Koeniger-Donohue & Hawkins, 2014). Een Engelse longitudinale studie bij 6.833 deelnemers tussen de 50-89 jaar toonde aan dat het behoud van een gezond seksleven bij ouderen een hulpmiddel kan zijn voor het verbeteren van de cognitieve functie en welbevinden (Dominguez & Barbagallo, 2016). Seks en seksualiteit stellen oudere personen met chronische aandoeningen in staat om zich normaal, sterk en levendig te voelen (Merghati-Khoei, Pirak, Yazdkhasti & Rezasoltani, 2016). Volgens Doll (2012) leidt seksueel actief zijn tot een hoger zelfwaardegevoel, een gevoel van identiteit, een bevestiging van het fysiek functioneren en verschaft het plezier. Het heeft eveneens een invloed op ons zelfconcept, zelfbeeld, mentale gezondheid, sociale relaties en onze kwaliteit van leven (Heath, 2011). Ook Esterle en collega’s (2011) stellen dat seksuele relaties een sterk bepalende factor zijn voor het gevoel van eigenwaarde. Nog volgens het onderzoek van Waite en collega’s (2017) blijkt dat mensen die frequent seks hebben met een partner een betere levenskwaliteit hebben en over een betere algemene gezondheid beschikken, in vergelijking met seksueel inactieve

mensen. In een review van John DeLamater (2012) wordt de noodzaak naar meer onderzoek van seksualiteitsbeleving bij ouderen onderstreept, daar een bevredigend seksleven kan leiden tot een betere levenskwaliteit. Lichtenberg (2014) stelt trouwens dat deze gezondheids- en welzijnsvoordelen die seksualiteit meebrengen, niet vervangen kunnen worden door algemene sociale relaties of vriendschappen.

Nochtans is het aspect ‘seksualiteit’ vaak onderbelicht in onderzoek bij ouderen. Wanneer het dan wel deel uitmaakt van onderzoek, ligt de focus veelal op impact van gezondheidsproblemen op (afnemend) seksueel functioneren, of op afwijkend/ongewenst seksueel gedrag (bv. ontremd seksueel gedrag bij ouderen met dementie). Zo goed als geen onderzoek heeft als onderwerp ‘normale, gezonde’ seksualiteitsbeleving bij ouderen. Het bestaande onderzoek rond seksualiteit bij ouderen gebeurt grotendeels in de setting van een woonzorgcentrum (WZC). De seksualiteitsbeleving in deze context wordt verondersteld beïnvloed te zijn door een aantal factoren zoals onvoldoende privacy, verzorgend personeel dat op elk moment binnen kan in de kamer, gebrek aan huiselijkheid, ... Ook hier gaat onderzoek voornamelijk in op afwijkend gedrag, en hoe verzorgend personeel binnen WZC hiermee omgaat. Er lijkt dus een hiaat te zijn in wat betreft onderzoek naar de seksuele gezondheid van ouderen in woonzorgcentra, alsook naar hoe woonzorgcentra seksualiteitsbeleving een plaats geven in de dagdagelijkse realiteit. In oktober 2018 ging De Standaard met het artikel ‘Ineens streelde hij mijn gezicht’ door op ethische aspecten omtrent behoefte aan lichamelijke en seksualiteit bij ouderen in woonzorgcentra. In het artikel lezen we dat deze behoeften niet slijten met ouder worden en zelfs meer en meer onder de aandacht komt. Onder het personeel van woonzorgcentra rijzen hieromtrent vragen, alsook onder familieleden en ouderen zelf. Vreemd genoeg is er weinig aandacht voor het ontwikkelen van een visie en beleid hieromtrent (Beel, 2018).

Dit eindwerk tracht een overzicht te bieden van de bestaande literatuur rond seksualiteit bij ouderen (in WZC), gaat op zoek naar noden en verwachtingen bij ouderen zelf en bij (personeel van) woonzorgcentra en wil onderzoeken hoe Vlaamse WZC tegemoet komen aan deze noden en verwachtingen.

## **Seksuele gezondheid, seksueel gedrag en seksuele rechten**

### *Seksuele gezondheid*

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verstaat onder ‘seksuele gezondheid’ “een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie of geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd” (WHO, 2010).

### *Seksualiteit*

De term ‘seksualiteit’ kent een andere invulling en kan verschillende ladingen dekken. De WHO omschrijft seksualiteit als “een centraal aspect van het leven van de mens, het omvat seks, genderidentiteit en –rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.” (WHO, 2010). Seksualiteit wordt vaak onvoldoende erkend als bron van lichamelijk en geestelijk welzijn. Dit vertaalt zich in een enge visie op seksueel welbevinden, dat voornamelijk benaderd wordt als de afwezigheid van seksuele problemen (Symposium Seksuele Gezondheid, 2019). Binnen dit eindwerk willen we seksualiteit bij ouderen (specifiek in woonzorgcentra) uitdrukkelijk benaderen vanuit de ruime omschrijving, die de link met lichamelijk én geestelijk welbevinden omvat.

Het merendeel van wetenschappelijk onderzoek omtrent seks en seksualiteit omhelst een bio- psychosociale visie op seks. De biologische component van seks omvat o.a. de toestand van de geslachtsorganen, urologische en gynaecologische aspecten, endocriene werking van het lichaam enz. Onder de psychische component verstaan we de cognitieve en emotionele verwerking van seksuele prikkels, alsook de wisselwerking tussen mentaal welbevinden en seksualiteit. Op sociaal niveau kunnen we verstaan: de culturele context, de relationele context, sociodemografische factoren, ... Onderzoek naar seksualiteit bij ouderen lijkt zich voornamelijk te focussen op de fysiologische/biologische aspecten van seks. Daarnaast is het

interessant op te merken dat bij seksuele disfunctie en depressie, ouderen minder aandacht en behandeling krijgen dan jongere patiënten (Taylor & Gosney, 2011). Schijnbaar worden psychosociale aspecten en positieve seksualiteitsbeleving over het algemeen minder opgenomen in onderzoek bij ouderen.

Een overzicht van de literatuur maakt ons duidelijk dat er binnen woonzorgcentra (WZC) een verscheidenheid aan invullingen van de termen seksualiteit en seksueel gedrag worden gegeven. Zo beschrijven, volgens een Vlaams onderzoek van Thys en collega's (2018), verpleegkundigen in WZC de seksuele gedragingen onder bewoners als: 'maken van seksuele opmerkingen naar hulpverleners en medebewoners', 'zoeken van seksuele toenadering tot hulpverleners en medebewoners', 'knuffelen met de eigen partner', 'knuffelen met medebewoners', 'intieme relaties tussen bewoners' en 'masturbatie'. Onderzoek van Meston (1997) benadrukt dat men onder 'seks' niet enkel coïtus dient te verstaan, maar ook aanrakingen, knuffelen, fantaseren, lichamelijk nabij zijn, enz. Seksueel gedrag kunnen we dus best omschrijven als gedrag dat voorkomt binnen een seksuele context. Dit kan onder meer omvatten: masturbatie, het gebruik van seksuele hulpmiddelen zoals erotische literatuur/films of seksspeeltjes, of seksueel contact met een ander individu (Messelis & Bauer, 2017). De WHO integreert in haar definitie van seksualiteit ook het concept 'intimiteit'. Onder 'intimiteit' verstaan we handelingen die de emotionele band met een ander individu versterken. Uitingen van intimiteit kunnen onder meer de volgende zaken inhouden: praten, knuffelen, zoenen, hand in hand lopen, romantiek, maar ook seksualiteit en gemeenschap, ... (Messelis & Bauer, 2017). Het integreren van het concept 'intimiteit' binnen de scope van ons eindwerk maakt meteen ook een link met de meer psychosociale aspecten van seksualiteit.

### *Seksuele rechten*

Seksuele rechten zijn rechten die aansluiten op de fundamentele en universele rechten van de mens. Deze rechten gaan van 'het verkrijgen en verlenen van informatie over seksualiteit' tot 'keuzevrijheid om wel of niet seksueel actief te zijn'. Uit onderzoek blijkt dat het aspect van 'informatie verkrijgen en verlenen' vaak tekortschiet in WZC, onder andere door verlegenheid bij verpleegkundig personeel en een daarop volgende barrière tussen bewoner en verpleegkundige (Klaeson, Hovlin, Guvå, & Kjellsdotter, 2017). Dit aspect kan ook tekortschieten doordat verpleegkundigen ervan uit gaan dat de bewoner geen behoefte heeft aan een gesprek rond seksualiteit (Verstraeten, 2012), maar evengoed omdat er te weinig kennis is rond seksualiteit bij ouderen (Mahieu et al., 2016) en te weinig concrete afspraken

zijn rond seksualiteit in het WZC (Messelis, Van Houdenhove, & Van Velthoven, 2015). Mede door het ontbreken van informatie wordt de keuzevrijheid van bewoners om al dan niet seksueel actief te zijn verkleind. Deze keuzevrijheid kan ook beperkt worden door de infrastructuur van WZC, afgenomen privacy, grotere hulpbehoevendheid, enz. (Frederix, Boerjan & Verelst, 2017). Om de seksuele rechten van de bewoners in WZC te vrijwaren, is het dus belangrijk dat gezondheidswerkers proactief zijn en openstaan om gesprekken te voeren met ouderen over seksualiteit. Het is essentieel om proactief te handelen en dus advies te verlenen (Lee et al., 2016). Aangezien ouderen meer geconfronteerd worden met seksuele disfuncties in vergelijking met een jongere populatie, is het aan te raden dat hulpverleners ouderen informeren over alternatieve manieren van seksualiteit, buiten het stereotiepe beeld om dat seks enkel penetratie inhoudt (Fileborn, et al., 2017). Gezondheidswerkers moeten afstappen van de idee dat ouderen geen seks meer hebben of dat er geen interesse meer zou voor bestaan. Als ze bij dit gedachtegoed blijven, hebben ze namelijk ook niet de neiging om seksualiteit te bespreken met oudere patiënten (DeLamater & Sill, 2005; Swinnen, 2011). Zorgverleners moeten zich daarnaast ook bewust zijn van hun eigen attitude en achtergrond. Zo blijkt dat zelf seksueel actief zijn (als zorgverlener) een positief effect heeft op de kijk naar seksualiteit op latere leeftijd, net zoals werkervaring (Mahieu & Gastmans, 2015). Zowel het WZC als organisatie en het verzorgend personeel als individu dienen dus in te zetten op het creëren van een kader waarbij een eenduidige attitude t.o.v. seksualiteit bij ouderen ook de seksuele rechten vrijwaart.

### **Woonzorgcentra in Vlaanderen**

In ons eindwerk gaan we in op de seksualiteit(sbeleving) van ouderen in woonzorgcentra (WZC). Om alle concepten helder te schetsen, gaan we in dit onderdeel kort in op de context van WZC in Vlaanderen. Ouderen kunnen vanaf 65 jaar terecht in een WZC voor permanente opvang en verzorging, indien zij niet meer thuis kunnen wonen. Als andere zorgformules, zoals mantel- en thuiszorg, geen oplossing meer bieden en de functionele toestand van de oudere bijna permanente opvolging vraagt, verhuist de oudere naar het WZC. In 2018 waren er in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 809 woonzorgcentra met in totaal 80.875 woongelegenheden voor ouderen. Woongelegenheden waar 1,2% van de Vlaamse bevolking verbleef in de periode van 2009 en 2016. Daarnaast waren er tevens 2.421 woongelegenheden voor kortverblijf, 24.680 assistentiewoningen, 429 woongelegenheden voor herstelverblijf en 295 dagverzorgingscentra (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017).



Het is een wettelijke bepaling dat bewoners in WZC een eigen kamer hebben, doch deze kan niet op slot in kader van veiligheid en toedienen van zorg. Bewoners hebben in principe de vrijheid om te gaan en staan waar ze willen en bezoekers te ontvangen. In de praktijk zijn er echter beperkingen: er zijn meestal bezoeken waaraan men zich moet houden, om het WZC te verlaten wordt gevraagd om afspraken te maken of externe begeleiding te voorzien bij beperkte mobiliteit of verminderde cognitie. De noodzakelijke zorg binnen een WZC wordt in een bepaalde dagelijkse structuur geleverd: gewekt worden, zorgen rond persoonlijke hygiëne, aanbieden van medicatie en opdienen van maaltijden, dit alles dient op vaste tijdstippen te gebeuren. De vrijheid en privacy van bewoners wordt hierdoor beperkt en maakt dat seksualiteit binnen deze specifieke context moet worden begrepen.

Het onderzoeksbureau Dimarso heeft in 2016 bevraagd hoe bewoners van Vlaamse woonzorgcentra de kwaliteit van zorg- en dienstverlening ervaren. De conclusie uit deze studie stelt dat, net zoals in 2014 en 2015, de bewoners aangeven een hoge kwaliteit van leven te hebben op vlakken zoals 'privacy', 'veiligheid' en 'respect'. Het domein 'persoonlijke omgang met bewoners en verzorgenden' kan de kwaliteit van leven nog verhogen (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/>).

### **Onderzoeken naar de seksualiteitsbeleving van ouderen (in woonzorgcentra)**

John DeLamater stelt in zijn review (2012) dat er zowel door de jongere als door de oudere populatie wordt uitgegaan van het feit dat seksueel gedrag afneemt met de jaren. Vanuit dit idee onderzoekt men vooral seksuele *disfuncties* bij ouderen, wat dit stereotiepe beeld van seksueel inactieve ouderen verder in stand houdt. Nochtans beschrijft DeLamater (2012) dat mensen tot in hun tachtiger jaren seksueel actief blijven. De determinanten hiervoor zijn voornamelijk het beschikken over een goede fysieke en mentale gezondheid en het hebben van een positieve attitude ten aanzien van seks. Algemeen blijkt dat ouderen boven de 80 seksueel actief blijven, maar dat de frequentie daalt en de seksuele problemen toenemen met de leeftijd.

Ouderen worden geconfronteerd met allerlei zaken die een sterk negatieve invloed kunnen hebben op het uiten van hun seksuele behoeften. Lichamelijk kampen ze met hormonale invloeden, problemen met het bereiken van een orgasme, een langere recuperatietijd, vaginale droogte, minder sterke erecties en veranderingen in het fysieke voorkomen (vleeskleur, haaruitval, verminderde vitaliteit, ...) (DeLamater, 2012). Daarnaast neemt medicatiegebruik toe met ouder worden, wat eveneens een negatieve invloed heeft op seksualiteitsbeleving

(DeLamater, 2012). Het gaat dan voornamelijk over medicatie in functie van verhoogde bloeddruk, cholesterol of pijnbestrijding. Volgens Nicolosi et al. (2004) kampen ouderen het meest met seksuele disfuncties zoals verminderd seksueel verlangen (meer bij vrouwen dan bij mannen), seksuele opwindingsproblemen, respectievelijk erectieproblemen bij mannen en lubricatie-moeilijkheden bij vrouwen, vertragen of uitblijven van een orgasme, seksuele pijn, zoals dyspareunie, of comorbiditeit van bovenstaande seksuele problemen.

De seksuele responscyclus van Masters en Johnson in acht genomen, treden bij de oudere populatie enkele veranderingen op met stijgende leeftijd. Het verlangen neemt af. De fase van opwinding verloopt trager, de frequentie van erecties daalt, er is meer stimulatie nodig om een erectie te krijgen en er is een reductie in bloeddorstrooming en vochtigheid van de vagina. De plateau fase verlengt met de leeftijd. Het orgasme bij de man is korter, minder intens en bevat minder ejaculatievolume. Het orgasme bij de vrouw is zwakker en bevat minder frequente contracties. De herstelfase wordt langer bij de man, maar de oudere vrouw behoudt de mogelijkheid tot meerdere orgasmes (Kennedy, Martinez & Garo, 2010). Daarentegen blijft de seksuele interesse behouden. Met andere woorden: er staat geen vervaldatum op opwinding, maar het is belangrijk dat ouderen weten dat opwinding trager komt. De lichamelijke capaciteiten gaan sowieso achteruit, al blijven er grote individuele verschillen bestaan (Grijze Goesting, 2018). Het is belangrijk dat ouderen beseffen dat ze mogen verlangen, dat seksualiteit niet per definitie afneemt of verdwijnt met ouder worden. De manier waarop seksualiteit beleefd wordt, verandert in veel gevallen wel. Hoe men seksualiteit invult, verandert met de leeftijd, maar het gevoel blijft bestaan (Grijze Goesting, 2018). Zo kan de focus van seks veranderen van eerder gericht op de climax naar meer gericht op intimiteit, aandacht en fysiek contact. Veel ouderen geven aan meer nood te hebben aan aanrakingen en geborgenheid en minder aan penetratie, al zijn er natuurlijk ook uitzonderingen (Grijze Goesting, 2018). Hoe mensen op latere leeftijd seksualiteit beleven is ook het gevolg van hun seksuele geschiedenis en welke seksuele scripts ze hanteren. Anderzijds gebeurt het ook weer dat mensen op latere leeftijd hun seksualiteit ontdekken (Grijze Goesting, 2018).

Uit de literatuur blijken ook genderverschillen. Oudere mannen lijken meer interesse te hebben in seksualiteit dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten. De proportie van seksueel actieve mannen is dan ook groter dan die van seksueel actieve vrouwen in de leeftijdscategorie van 65-plussers. Uit onderzoek naar seksuele attitudes en leefstijlen is gebleken dat 42% vrouwen en 60% mannen in de leeftijd van 65-74 seksueel actief zijn (Flynn & Gow, 2015). Volgens Træen en collega's (2019) zijn er tussen 83% en 91% Europese mannen tussen 60 – 75 jaar

nog steeds seksueel actief. Bij Europese vrouwen ligt dit percentage tussen 61% en 78%. Maar slechts 40 - 60% van de deelnemers rapporteerden dat zij seksueel tevreden zijn. Veel oudere mannen blijven ook vastzitten in een dominerend mannelijk beeld over seksualiteit waarbij het belang van erecties, vaginale penetratie en orgasme bovenaan prijken. Bij andere mannen verandert het beeld op seksualiteitsbeleving met ouder worden: zij gaan meer belang hechten aan intimiteit, verbondenheid en nabijheid. Mannen ondervinden ook meer last van gezondheidsklachten op hun seksleven dan vrouwen (Lee, Nazroo, O'Connor, Blake & Pendleton, 2016). Bij vrouwen lijkt het seksueel verlangen te dalen tijdens de menopauze, maar dit herstelt zich ook terug na verloop van tijd (Grijze Goesting, 2018).

Een ander aspect met betrekking tot seksualiteitsbeleving is het belang van de tijdsperiode waarin mensen geboren werden en opgroeiden. De huidige generatie bewoners van WZC is gemiddeld gezien iets conservatiever op vlak van seksualiteit en ziet seks meer als iets dat binnen een huwelijk hoort. Er heerst ook een zekere sfeer van onderdrukking en afkeuring van seks. Terwijl de rusthuisbewoners van de (nabije) toekomst heel andere ideeën hebben over seksualiteit en ook meer zullen opkomen voor hun seksuele rechten. Zij zullen niet akkoord gaan met de idee dat er beperkingen opgelegd worden omtrent hun seksualiteitsbeleving. Het taboe op seksualiteit is bij hen minder groot dan bij de vorige generatie, ze hebben een meer positieve attitude ten aanzien van seks en vinden dat levenslang seksueel functioneren deel uitmaakt van ouder worden (Katz & Marschall, 2003).

Als een koppel of één van beide partners opgenomen wordt in een WZC, mag er niet van worden uitgegaan dat de seksuele relatie hierdoor stopt. Er kan net meer ruimte vrijkomen voor seksualiteit. Zo kan de verzorgende partner meer energie krijgen, en hersteld worden in zijn of haar seksuele rol, doordat de zorg wordt overgenomen door professionelen. Ze moeten echter wel een stuk van hun privacy opgeven door de infrastructuur (niet gesloten kamers) en de toename in betrokkenen (hulpverleners, medebewoners en familieleden). Het betekent ook dat ze zich moeten aanpassen aan de afspraken van de voorziening hieromtrent. Dit geldt trouwens ook voor bewoners zonder partner die worden opgenomen in een WZC. Seksualiteit kan ook door een individu beleefd worden en op verschillende manieren (fantasieën, verlangens, masturbatie). Door de wederzijdse schroom van zowel oudere als hulpverlener ontstaat er een moeilijkheid om over seks en intimiteit te spreken. De oudere verwacht dat de hulpverleners dit thema bespreekbaar maken, maar deze zijn er weinig mee vertrouwd en gaan het uit de weg (Frederix, Boerjan & Verelst, 2017). Ouderen met hulpvragen rond seksualiteit zitten vaak vast in het spanningsveld tussen hun familie, maatschappelijk taboe en beleid van het WZC (Van Braeckel, 2018). Het is ook de vraag of kinderen alles moeten

weten over hun ouders in het WZC. Moeten kinderen op de hoogte gesteld worden dat hun vader/moeder af en toe met een medebewoner intiem is (Grijze Goesting, 2018)?

Wanneer seksualiteit bij ouderen in WZC wordt besproken, moet de realiteit van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) ook aan bod komen. Uit onderzoek van Mahieu en collega's (2014) blijkt dat SGG vaker voorkomt in zorgvoorzieningen dan in thuissituaties. SGG wordt door De Haas (2012) omschreven als: "(...) gedrag of toenaderingen al dan niet fysiek gericht, die seksueel van aard zijn en de grenzen van het slachtoffer overschrijden. De grenzen worden overschreden als er geen toestemming is van de persoon of de persoon uit dwang het gedrag ondergaat of ervaart. Iemand die gedwongen is, kan niet weigeren of weglopen van de situatie door bijvoorbeeld lichamelijk of relationeel overwicht, emotionele druk (zoals verleiding, beloning, beloftes, dreiging, manipulatie of chantage), lichamelijk geweld of afhankelijkheid". Signalen die mogelijks wijzen op SGG zijn agitatie, angst, momenten van woede, niet willen meewerken tijdens verzorgingsmomenten of alle persoonlijke zorg weigeren, verstoorde eet- en/of slaapgewoontes of een seksueel overdraagbare aandoening (Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010). Uit onderzoek van Slabbinck (2017) blijkt dat slechts 12% van de WZC in Vlaanderen richtlijnen over seks en intimiteit op papier heeft, en dat beleid hieromtrent vaak bestaat uit afspraken omtrent repressie van SGG, maar niet omtrent het aspect plezier of 'normale' seksualiteitsbeleving. De toegenomen kwetsbaarheid van zorgbehoevende ouderen zorgt er tevens voor dat heel wat instellingen worstelen met het evenwicht tussen het bieden van bescherming tegen potentieel misbruik enerzijds en het waarborgen van persoonlijke vrijheden anderzijds (Symposium Seksuele Gezondheid, 2019).

### **Maatschappelijke perceptie van seksualiteit bij ouderen**

Zoals eerder vermeld, blijkt seksualiteitsbeleving bij ouderen geen evident noch frequent thema in de wetenschappelijke literatuur. Vanuit de idee 'aseksuele oudere', lijkt het onbelangrijk en irrelevant om onderzoek te doen naar seksualiteitsbeleving bij deze bevolkingsgroep. Er is echter een groot tekort aan onderzoek wat betreft rol, mening en betekenis van seks in een oudere levensfase (Gott & Hinchliff, 2003). Onderzoekers argumenteren soms dat ze geen onderzoek naar seks bij ouderen kunnen uitvoeren omdat 65-plussers zich beledigd of bedreigd zouden voelen bij het stellen van zo'n intieme vragen. Het onderzoek van Gott en Hinchliff (2003) weerlegt dit echter ten stelligste en toont net aan dat ouderen het wel aangenaam vonden om over dit thema te worden bevraagd.

“We’re supposed to be asexual and those who refuse to be are branded dirty old men”, zo getuigt een deelnemer aan het kwalitatief onderzoek uitgevoerd door DeLamater en Sill (2005). Er blijkt een negatieve attitude ten aanzien van seks bij ouderen te bestaan in onze Westerse maatschappij welke gericht is op jeugdigheid en schoonheid. Seks lijkt enkel bestemd te zijn voor knappe, vitale mensen. Ook in populaire media worden ouderen veelal geportretteerd als asexueel. Dit fenomeen kennen we ook als ‘ageism’, een vorm van discriminatie waarbij vooroordelen en stereotypen ontstaan over ouder worden, met deseksualisering van de oudere tot gevolg. Dit ‘ageism’ wordt in sommige gevallen door ouderen geïnternaliseerd; wat hun voelen, denken en handelen rond seks blokkeert. Als gevolg hiervan kan ook schaamte ontstaan voor de eigen seksuele interesse en uiteindelijk onthouding van seksueel gedrag. Op zijn beurt houdt dit als het ware de idee van ‘aseksuele senior’ in stand (Kenny, 2013). De gemiddelde 80-plussers bijvoorbeeld zullen wel vertellen over hun vroegere seksuele ervaringen, maar keuren huidig seksueel gedrag van leeftijdsgenoten meestal af (Ginsberg, Pomerantz & Kramer-Feeley, 2005). Het hoort volgens hen niet langer bij hun leeftijd, wat strookt met de idee dat zij de maatschappelijke perceptie geïnternaliseerd hebben. De gemiddelde 65-plussers daarentegen vinden seksualiteit wel belangrijk, hebben ook meer ervaringen met seks buiten het huwelijk of seks met meerdere partners en communiceren ook beter over hun seksuele noden (Dominiguez & Barbagallo, 2016; Tabak & Shemesh-Kigli, 2006).

### **Houding van verzorgend personeel ten opzichte van seksualiteit**

Bovenstaande bespreking van de literatuur toont aan dat intimiteit en de expressie van seksualiteit fundamentele aspecten zijn van het welzijn van een persoon. Ze blijven belangrijk wanneer men ouder wordt; zelfs als er sprake is van slechte gezondheid, dementie of een andere cognitieve beperking. Veel oudere mensen die in een woonzorgcentrum wonen, blijven naar intimiteit verlangen, wat kan variëren van eenvoudige aanrakingen en knuffels tot expliciet seksueel contact.

Deze uitingen van seksualiteit door ouderen in WZC brengen ook moeilijkheden en uitdagingen met zich mee voor het personeel van WZC. Deze kunnen liggen in: negatieve of veroordelende attitudes van het personeel t.o.v. seksualiteit (inclusief culturele waarden en normen), gebrek aan vorming bij personeel, gebrek aan privacy, gebrek aan tijd om de noden van ouderen te detecteren en in te vullen, het prioriteren van andere welzijnsaspecten boven seksualiteit. Verder kan bij het personeel bewustzijn ontbreken van andere seksuele

geaardheden en de noden van ouderen die zich identificeren als homo, lesbisch, biseksueel, transgender of intersekse (Frederix, Boerjan & Verelst, 2017). Sommige medewerkers kunnen goede bedoelingen hebben, maar onzeker zijn over hoe ze bepaalde praktijken kunnen veranderen of hoe ze binnen de organisatie een cultuur kunnen creëren welke gunstig is voor de seksuele expressie van ouderen (Messelis & Bauer, 2017). Het is aan de WZC om openheid te creëren, maar er zijn natuurlijk wel grenzen nodig (huisregels). Het is belangrijk dat personeel luistert naar het uiten van lichamelijke noden van de bewoners en ruimte kan bieden om seksualiteit een plaats te geven (verbaal en fysiek). Het gegeven van seksualiteit en senioren leeft wel, daarvan getuigen de vele vragen van mantelzorgers en hulpverleners. Zo gebeurt het meermaals dat mensen die euthanasie aanvragen eveneens de vraag stellen om nog éénmaal intiem te kunnen zijn (Grijze Goesting, 2018).

Het onderzoek van Thys en collega's (2018) merkt op dat verpleegkundigen drie mogelijke reacties vertonen op de intimiteits- en seksualiteitsbeleving van bewoners. Zo is een mogelijke reactie 'actieve facilitatie', waarbij de bewoner actief wordt ondersteund en aangemoedigd. Een tweede mogelijke reactie is 'tolerantie': de intimiteits- en seksualiteitsbeleving van de bewoner wordt op een passieve manier toegelaten en niet actief afgeremd. Een laatste reactie is 'het beëindigen van het gedrag'. De focus in het onderzoek van Thys en collega's (2018) ligt niet alleen op hoe verpleegkundigen omgaan met het gestelde gedrag, maar ook hoe het door hen wordt ervaren. Zo blijkt dat het seksueel gedrag van de bewoner in vele gevallen als grensoverschrijdend wordt beschouwd. De perceptie van gedrag als dusdanig kent interpersoonlijke verschillen onder verpleegkundigen, maar is ook contextgevoelig. Meer dan 95% van de zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra geeft aan ooit te maken gehad te hebben met seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) (Van der Ploeg, 2017). Een mogelijk onderliggend probleem hierbij is volgens Van der Ploeg (2017) dat verzorgend personeel niet weet wat grensoverschrijdend gedrag precies inhoudt en hoe hierover te praten. Er is een bijvoorbeeld vraag én nood aan opleiding over seksualiteit bij ouderen voor zorgkundigen (Mahieu et al., 2016). Volgens Villar, Fabà, Serrat en Celdrán (2015) beschouwen de meeste hulpverleners seksueel gedrag als abnormaal gedrag dat niet moet worden aangemoedigd. Sommige zorgverleners kennen een positieve attitude ten aanzien van seks en ouderen, die het dan ook mooi vinden dat liefde op alle leeftijden nog mogelijk is en het normaal vinden dat er seksuele behoeften zijn. Anderen hebben een eerder negatieve attitude, vinden het ongepast en zijn nog negatiever als het om homoseksuele koppels gaat. Daarnaast is het niet louter een opsplitsing tussen positieve en negatieve

attitudes, er is ook sprake van gradaties. Hoe intiemer en meer seksueel de relatie wordt, hoe minder open hulpverleners staan tegenover het seksuele gedrag (Wiskerke & Manthorpe, 2016). Voor vele zorgkundigen is het ook ongemakkelijk om over seksualiteit te praten met bewoners (Klaeson et al., 2017). In onderzoek van Messelis, Van Houdenhove en Van Velthoven (2015) erkent 84% van de hulpverleners dat ouderen seksuele en intieme noden hebben en de helft van de deelnemers vindt dat het begeleiden daarvan een deel van hun taak is. Daartegenover staat dat één op vier vaak niet weet wat te doen wanneer hij/zij geconfronteerd wordt met seksualiteit. Spreken over seksualiteit geeft voor één op de drie een onwennig gevoel.

Volgens Bauer en collega's (2013) is personeel in WZC veroordelend en te weinig aanspreekbaar over seksualiteit. Hierdoor ziet men het belang niet in van persoonlijke verzorging en een verzorgd uiterlijk als mogelijke uiting van seksualiteit. Elias en Ryan (2011) nuanceren dit: de attitude omtrent seksualiteit is in hun onderzoek eerder afhankelijk van hoe concreet het benoemd wordt. Zo gaan hulpverleners sneller akkoord met abstracte principes, als 'het recht hebben op seks', maar is er minder tolerantie als voorbeelden concreter worden. Bijvoorbeeld op een spontane erectie reageren hulpverleners meestal afkeurend of ze hebben het moeilijk om seksspeeltjes te moeten reinigen, hoewel zij dagelijks ook plasflessen schoonmaken. Ook hebben vooral jongere medewerkers een meer negatieve attitude ten opzichte van seksualiteit bij bewoners (Elias & Ryan, 2011). Niet enkel leeftijd maar ook gender is een beïnvloedende factor voor houding omtrent seksualiteit. Volgens het onderzoek van Haesler en collega's (2016) zijn vrouwen minder tolerant dan hun mannelijke collega's. Vrouwen gaan seksuele uitingen vaker als problematisch interpreteren. Vrouwelijke hulpverleners zijn ook meer op hun hoede voor het bewaken van persoonlijke grenzen. Als er een grens overschreden wordt, voelen ze zich vaak beschaamd, hulpeloos, woedend, verward of stellen ze toch hun eigen handelen in vraag (Hayward, Robertson, & Knight, 2012; Mahieu, Van Elsen, & Gastmans, 2011). Hoe seksueel gedrag van bewoners wordt ervaren bij het verplegend personeel wordt beïnvloed door het eigen comfortniveau ten opzichte van seksuele onderwerpen (Mahieu et al., 2011).

Volgens Van Assche (2015) kan de openheid omtrent seksualiteit bij ouderen vergroot worden, alleen al door het *beseft* aan te wakkeren bij de hulpverlener dat seksuele noden, verlangens en/of fantasieën bij ouderen aanwezig zijn en ook aandacht verdienen. Positief is wel dat er bij zorgmedewerkers, deskundigen, instanties en organisaties wel degelijk bereidwilligheid is om seksualiteit bij senioren niet alleen bespreekbaar, maar ook doenbaar te maken (Grijze Goesting, 2018). Het ondersteunen van de hulpverlener hierbij is essentieel en

zou ook in de basisopleiding van verschillende zorgberoepen zijn plaats moeten hebben. Ook de organisatie zelf kan een belangrijke ondersteunende rol opnemen. Onderzoek door Messelis, Van Houdenhoven en Van Velthoven (2015) toont aan dat slechts één op de vier Vlaamse WZC duidelijke mondelinge afspraken heeft rond hoe omgaan met seksualiteit bij bewoners. Slechts 12% van de ondervraagden heeft schriftelijke afspraken hieromtrent. In het boek ‘Als Amor de draad kwijtraakt’ (2017) pleiten ook Frederix, Boerjan en Verelst voor beleid rond seksualiteit en intimiteit in al zijn facetten. Zij nemen als referentiekader de seksuele rechten van de mens. Het is een aanzet tot attitude- en beleidsontwikkeling. Volgens hen moet een kwaliteitsvol beleid dan ook rekening houden met volgende zaken: een duidelijke definitie van seksualiteit en intimiteit; welomschreven beleidsvisie; open houding van hulpverleners en familieleden; voorkomen van geïnstitutionaliseerde zorg waar intimiteit afwezig is, zodat iatrogene eenzaamheid wordt vermeden; aangepaste infrastructuur met de nodige aandacht voor privacy; adequate kennis over seksualiteit bij ouderen en een open communicatiecultuur bij zowel hulpverleners, bewoners als bezoekers. De visie rond seksualiteit heeft ook aandacht voor: de verschillende doelgroepen (oudere, familie, hulpverlener, externen); de omgeving (privacy, aanpassingen aan de fysieke omgeving bv. tweepersoons- i.p.v. éénpersoonsbed, attitudeverandering in de omgeving via sensibilisering, laagdrempelige toegang tot seksueel expliciet materiaal bv. condooms, porno, hulpmiddelen) en de veiligheidsaspecten (preventie, toestemming, SOA, fysieke/psychische veiligheid, restrictief optreden, nl. een beleid m.b.t. seksualiteit en intimiteit mag niet gelijkgesteld worden aan een procedure rond seksueel grensoverschrijdend gedrag).

### **Bestaande ondersteuningsmiddelen voor het bespreekbaar en ‘beleefbaar’ maken van seksualiteit in woonzorgcentra**

Om zorgverleners te ondersteunen bij het omgaan met het thema seksualiteit, bestaan reeds een aantal ondersteuningsmiddelen. In de volgende alinea’s omschrijven we kort de ondersteuningsmiddelen die werden gevonden via literatuurstudie, waarbij een groot deel terug te vinden is in het boek ‘Als Amor de draad kwijtraakt’ (Frederix, Boerjan, & Verelst, 2017). Onder ‘ondersteuningsmiddelen’ verstaan we wetenschappelijk onderbouwde methodieken zoals anamnestiche vragenlijsten alsook beleidsmatige facilitatoren, vormingsmogelijkheden, initiatieven van bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen enzovoort.



## **Zakboek verpleegkundige diagnoses**

Het Zakboek Verpleegkundige Diagnosen bevat een aantal handvatten voor het verwerken van vragen omtrent seksueel functioneren in de algemene anamnese. Dit zou op zich al het onderwerp kunnen normaliseren en zo de drempel voor de bewoner verlagen om zelf het onderwerp te bespreken (Verstraeten, 2012). Het Zakboek bevat bovendien ook interventies die verpleegkundigen kunnen toepassen om een veranderd seksueel functioneren aan te pakken. Merk in de kantlijn op dat ook hier opnieuw de focus voornamelijk gelegd wordt op de fysieke component van seksualiteit, zoals het gaan verkennen van de problemen, de kennis, de verwachting omtrent seksualiteit, en minder op het belevingsaspect.

### **(EX-)PLISSIT**

Om seksualiteit te introduceren in een gesprek tussen verpleegkundige/arts en bewoner kan het PLISSIT model gebruikt worden (Annon, 1974). De tool is ontwikkeld om op een laagdrempelige manier te differentiëren tussen psychologische en fysiologische moeilijkheden in seksuele activiteit en wordt voornamelijk toegepast bij oncologische patiënten en mensen met chronische ziekten om eventuele neveneffecten van behandeling na te gaan. 'PLISSIT' staat voor de vier verschillende stappen die doorlopen worden in het model: 'permission' (ruimte creëren om het onderwerp aan te kaarten), 'limited information' (beperkt ingaan op mogelijke problemen die aangehaald worden), 'specific suggestions' (diepgaandere interventie op basis van volledige evaluatie van het probleem) en 'intensive therapy' (doorverwijzing naar psycholoog of seksuoloog). In 2006 ontwikkelden Davis en Taylor een meer uitgebreide versie van dit model, de EX-PLISSIT, waarbij meer gefocust wordt op het onderdeel van 'permission'. Dit bleek noodzakelijk, gezien vele zorgverstrekkers voorbij neigen te gaan aan deze belangrijke eerste stap. Het BLISS model is een Nederlandse vertaling van het PLISSIT model, waarbij volgende stappen doorlopen worden: onderwerp op passende wijze ter sprake brengen (B), luisteren naar individuele ervaringen (LI), steunen en begrip tonen (S), stimuleren tot communicatie tussen partners (S), persoonlijk advies en informatie serveren (S) en indien nodig doorverwijzen (De Vocht, 2013). Dit model werd ontwikkeld voor toepassing binnen de oncologische en palliatieve zorg, maar kan ook toegepast worden op geriatrische zorg. Toch wordt ook binnen dit model voornamelijk uitgegaan van verminderd seksueel functioneren (bijvoorbeeld door ziekte en bijbehorende behandeling).

### **Vorming en advies Aditi vzw**

Aditi vzw is een advies- en informatiecentrum voor personen met een fysieke of mentale beperking, kwetsbare senioren en mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun netwerk. WZC kunnen beroep doen op verschillende interventies van Aditi zoals het organiseren van vormingen met als thema zowel seksualiteit en ouderen, als attitudes ten aanzien van seksualiteit bij personeel. Ook bieden zij ondersteuning bij beleidsontwikkeling en informatie op maat (bijvoorbeeld rond masturbatie, seksuele dienstverlening enzovoort).

### **Sexuality Assessment Tool (SexAT) for residential aged care facilities**

Dit is een Australische tool met als doel de organisatie te ondersteunen bij de expressie van seksualiteit bij ouderen in een WZC. Wanneer een organisatie deze tool invult, krijgt ze zicht op hoe ze functioneert op het gebied van seksualiteit. De vragenlijst bevat zeven rubrieken: beleid van de organisatie, bepalen van de behoefte van de oudere, opleiding en training van personeel, informatie en ondersteuning van de oudere, informatie en ondersteuning voor familie, fysieke omgeving, veiligheids- en risicomanagement. De Nederlandstalige versie is beschikbaar via Els Messelis. Deze tool werd ontwikkeld om de informatiekloof te dichten, omdat er momenteel maar weinig informatie bestaat om woonzorgcentra te ondersteunen rond dit thema (Messelis & Bauer, 2017).

### **Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS)**

Dit is een schaal die kennis en attitude met betrekking tot seksualiteit bij ouderen meet. Ze is ontworpen door Charles B. White in de jaren '80 en kan gebruikt worden bij hulpverleners, mantelzorgers en ouderen. De ASKAS kan gebruikt worden als een pre- en posttest wanneer een organisatie veranderingen aanbrengt in haar beleid. Een Nederlandse versie werd uitgewerkt in 2016 na toetsing (Mahieu, Dierickx de Casterlé, Van Ellsen & Gastmans, 2013) door het Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven.

### **Vlaggensysteem**

Dit werd ontworpen door Sensoa en ondersteunt teams en hulpverleners om seksueel gedrag in te schatten en daarop adequaat te reageren. Het werd oorspronkelijk gebruikt voor kinderen en jongeren, maar kan een WZC helpen om met bepaalde casussen om te gaan of om een beleid op te stellen (Frans & Franck, 2013).

## **Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers (Zorgnet Vlaanderen, 2015)**

Dit is een leidraad om tot een beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag te komen. De handleiding bevat algemene uitgangspunten en verantwoordelijkheden voor de hulpverlener, tips voor het ontwikkelen van een beleid en voor het opmaken van een handelingsprotocol. Het bevat voorbeelden van een deontologische code, kwaliteitsbeleid, inbedding in het arbeidsreglement en vuistregels bij crisismanagement. Het is belangrijk dat de organisatie vertrekt vanuit de waarden die in haar missie staan en van daaruit de vertaalslag te maken naar wat ze echt willen bereiken op het gebied van seksualiteit en intimiteit en daarbij rekening houden met de verschillende doelgroepen, de omgeving en de veiligheid. Op die manier kunnen ze voldoende tegemoetkomen aan de noden en de behoeften van de zorgvrager.

### **Groepsdiscussies rond seksualiteit**

Groepsdiscussies over seksualiteit zijn volgens onderzoek erg effectief omdat ze het breder denken over dit thema aanmoedigen. Hulpverleners moeten de kans krijgen om hun meningen en bezorgdheden te uiten over het thema seksualiteit bij de bewoners. Het gebruik maken van echte casussen zou dit effect nog versterken waardoor de kans dat er meer aandacht is voor seksuele vragen van bewoners groter wordt. De kans dat er effectief en efficiënt iets met deze vragen gedaan wordt, zou eveneens stijgen. Seksualiteit wordt op die manier een onderdeel van de integrale aangeboden zorg en niet enkel wanneer er een moeilijke ‘seksuele’ situatie zich voordoet (Frederix, Boerjan & Verelst, 2017).

### **Sensibilisering**

Sensibilisering is een belangrijke tool, die werkt omwille van het meer zichtbaar en bespreekbaar maken van seksualiteit. De foto's van bijvoorbeeld Marrie Bot 'Timeless Love 2004' tonen intimiteit en seksualiteit bij ouderen op een zeer mooie, esthetische manier. Een dergelijk portret zou bv. een plaats kunnen krijgen in publieke ruimtes van het WZC, om zo het onderwerp te 'normaliseren'. Hetzelfde geldt voor het opnemen van artikels rond seksualiteit in allerlei magazines, ledenbladen, huiskrantjes e.d. Ook laagdrempelige toegang bieden tot expliciet seksueel materiaal zoals condooms, porno en hulpmiddelen valt onder deze categorie (Frederix, Boerjan & Verelst, 2017).

### **Keurmerk prestaties in de zorg**

Om een Prezo (PREstaties in de ZOrg) keurmerk te ontvangen, waarmee je als WZC een excellent beleid aantoont, vindt er een audit plaats door Zorgnet Icuuro die de organisatie doorlicht. Prezo is een kwaliteitssysteem voor zelfevaluatie en kwaliteitsverbetering die zorgaanbieders ondersteunt bij het werken aan kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van de zorgvrager. Er worden zes levensgebieden van de zorgvrager beschreven waaronder ook het levensdomein partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit. Hiermee wordt een concrete stimulans gegeven om seksualiteit in een WZC op een structurele manier te verankeren en voortdurende te verbeteren (<http://www.prezowoonzorg.be/>).

### **Gemandateerd personeel**

Een laatste belangrijke hefboom voor het bespreekbaar en ‘beleefbaar’ maken van seksualiteit in WZC is dat organisaties binnen de welzijns- en gezondheidszorg ruimte maken om gespecialiseerd personeel, zoals een seksuoloog, aan te werven dat het mandaat krijgt om te werken rond seksualiteit en intensieve therapie kan bieden (Symposium Seksuele Gezondheid, 2019).

### **Heteronormativiteit in bestaand onderzoek**

Een tendens die we lijken vast te stellen binnen het onderzoek naar seksualiteit bij ouderen, is heteronormativiteit. Het merendeel van onderzoek naar seksualiteit includeert geen homoseksuele ouderen. Omwille van de geringe zichtbaarheid van deze doelgroep is het moeilijk te bepalen hoeveel van deze homoseksuele ouderen in woonzorgcentra wonen. Zeker is wel dat, door de vergrijzing van de bevolking, de seksuele diversiteit ook onder de oudere populatie zal stijgen. Onderzoek van Kluit (2012) toont aan dat onder homoseksuele ouderen meer eenzaamheid en sociaal isolement voorkomt en dat deze zaken nog verhoogd kunnen worden door opname in een zorginstelling (Fokkema, 2012). Holebi-senioren zijn opgegroeid in een afwijzende maatschappij ten aanzien van homoseksualiteit, waardoor ze leerden hun geaardheid te verbergen. Ze hebben de neiging om dit opnieuw te doen bij opname in een WZC. Meestal hebben ze geen kinderen en vaak hebben ze gebroken met familie omwille van hun niet geaccepteerde seksuele voorkeur. Hierdoor worden ze sneller dan hetero-senioren afhankelijk van professionele zorg, maar vrezen dus opnieuw afgewezen te worden indien ze uitkomen voor hun geaardheid. Als gevolg daarvan gaan de meeste homo-ouderen terug ‘in de kast’, en dit uit schrik voor discriminatie, spot en uitsluiting (Peel & McDaid, 2015; Swinnen, 2011). Het is nochtans voor elke oudere, hetero, holebi of transgender, erg

belangrijk om te kunnen thuiskomen in een WZC. Het wordt letterlijk hun nieuwe thuis en er moet ruimte zijn om te kunnen vertellen wat hun passioneert, om hun levensverhaal te kunnen brengen, ook over hun jarenlange liefdevolle relatie met iemand van hetzelfde geslacht.

Indien niet snijdt de senior een stuk van zichzelf en zijn of haar levensgeschiedenis af. Deze argumenten pleiten ervoor dat seksualiteitsbeleving van homoseksuele ouderen een meer prominente plaats zou moeten krijgen binnen onderzoek.

Het boek 'Grijze Goesting (2018) beschrijft een aantal ondersteuningsmiddelen voor zorg- en welzijnsorganisaties om aandachtig te zijn voor de realiteit van de homoseksuele oudere:

- Bart Hesters, Mr Gay Belgium 2017, zet zich in voor acceptatie en bespreekbaarheid van holebi's in WZC (= sensibilisering).
- KLIQ vzw is een vormings- en expertisecentrum in seksuele diversiteit en genderidentiteit dat dankzij subsidies van minister Vandeurzen de kans kreeg om twee jaar lang in WZC in Vlaanderen te werken rond het thema holebi- en transgender senioren. Ze ontwikkelden een kaartspel, *Tachtig Tinten*, met vragen om gesprekken over seksuele diversiteit op gang te brengen bij zorgmedewerkers en/of bewoners. Daarenboven geven ze trainingen om medewerkers sensitiever te maken voor diversiteit.
- Patrick, regenboog ambassadeur, doet in het boek *Grijze Goesting (2018)* een warme oproep aan alle directies van WZC in Vlaanderen om hun '*coming out*' als *zorginstelling* te doen. Dit betekent dat je ervoor uitkomt dat je als WZC een beleid uitstippelt dat aandacht heeft voor de LGBT+ gemeenschap. Dit kan om verschillende acties gaan. Zo kan het WZC op 17 mei (internationale dag tegen homo- en transfobie) de regenboogvlag uithangen, kunnen ze samenwerken met lokale holebi- en transgenderverenigingen om gezamenlijke activiteiten te organiseren, vormingen organiseren enz. Hierdoor ontstaat er meer ruimte en begrip voor diversiteit onder de senioren. Het mag niet de bedoeling zijn dat senioren die verhuizen naar een WZC hun identiteit thuis moeten achterlaten.

## **Conclusie en onderzoeksvragen**

Het respecteren en beschermen van seksuele rechten is de basis voor seksuele gezondheid. Regels en procedures binnen een WZC alsook de verhoogde zorgafhankelijkheid van bewoners, leiden tot verlies van privacy en aldus minder bescherming van die seksuele rechten. Degelijk beleid rond seksualiteit en intimiteit is noodzakelijk voor bewoners, zorgverleners en familieleden van bewoners. Goed beleid zorgt voor privacy, sensibilisering en veiligheid (SOA, SGG, fysieke en psychische veiligheid). Blijvend onderzoek naar dit thema draagt bij tot het wegwerken van het heersende ‘ageism’ in onze maatschappij en de mythe dat seks voorbehouden zou zijn voor jonge, fitte mensen.

Hoewel de nood aan beleid duidelijk wordt gestaafd in bestaand onderzoek, valt op dat dit zich niet vertaalt in de praktijk. Slechts één op vier van eerder bevraagde WZC in Vlaanderen, geeft aan dat er duidelijke *mondelijke* afspraken zijn. Slechts 12% van de bevraagde WZC beschikt over duidelijke *schriftelijke* afspraken (Messelis, Van Houdenhove, & Van Velthoven, 2015).

Gelijktijdig met het uitvoeren van ons onderzoek, werden de resultaten van het onderzoek onder leiding van Bauer en Messelis gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel (Messelis & Bauer, 2019) en in het boek ‘Intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra’ (Messelis, 2019). In dit onderzoek schreven Bauer en Messelis alle Vlaamse woonzorgcentra aan met de vraag om een Nederlandstalige versie van de SexAT in te vullen. Gezien de gelijkaardige doelgroep en meetinstrumenten is het een meerwaarde om onze resultaten te vergelijken met hun resultaten. Via het huidige onderzoek trachten we op zoek te gaan naar een aantal factoren die kunnen samenhangen met de aan-of afwezigheid van intimiteits- en seksualiteitsbeleid in Vlaamse WZC.

### **Onderzoeksvraag 1**

In onze eerste onderzoeksvraag gaan we na of persoonlijke attitudes van het directielid tegenover seksualiteit bij ouderen samenhangen met het al dan niet aanwezig zijn van een beleid rond seksualiteit en intimiteit in het WZC. We verwachten hierbij dat een positievere attitude zal samenhangen met een duidelijker beleid.

### **Onderzoeksvraag 2**

In onze tweede onderzoeksvraag gaan we na of ‘kennis’ van het directielid omtrent seksualiteit bij ouderen samenhangt met het al dan niet aanwezig zijn van een beleid rond seksualiteit en intimiteit in het WZC. We verwachten hierbij een positief verband.

### **Onderzoeksvraag 3**

Met onze laatste onderzoeksvraag wensen we de huidige toestand van het al dan niet aanwezig zijn van een kwaliteitsvol beleid omtrent seksualiteit en intimiteit in WZC in kaart te brengen. Op basis van het onderzoek van Messelis en Bauer (2019), waar 70% van de deelnemers een goede of zeer goede score haalde op de SexAT, verwachten we in ons onderzoek dat minstens 70% van de deelnemende WZC een SexAT-score ‘goed’ tot ‘zeer goed’ (of uitstekend) vertonen.

## **Methode**

Deze studie maakt deel uit van het afstudeerproject binnen de Permanente Vorming Seksuologie aan de Universiteit Gent, welke onderzoek doet naar seksualiteit binnen verschillende residentiële settings. Dit onderdeel onderzoekt seksualiteitsbeleid in Vlaamse woonzorgcentra. Medestudenten doen onderzoek naar seksualiteitsbeleid in revalidatiecentra en in psychiatrische ziekenhuizen.

### **Procedure**

We ontvingen schriftelijke toestemming van Els Messelis en Dr. Bauer om de Nederlandstalige SexAT te gebruiken in ons onderzoek (bijlage 1). Deze studie kreeg goedkeuring om de andere vragenlijsten (KCAASS en SABS) voor de te onderzoeken populaties aan te passen en gebruiken. Uit het overzicht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werden 100 van de in totaal 809 Vlaamse WZC ad random geselecteerd. Directieleden werden per mail uitgenodigd tot een deelname aan het onderzoek. Via mail kreeg men uitleg over het verloop en het doel van het onderzoek (bijlage 2). Het bericht bevatte ook een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit onze literatuurstudie (bijlage 3). Met dit laatste document wilden we de deelnemers in een oogopslag meegeven wat specifiek is aan seks bij ouderen en wat het belang is van ons onderzoek. We kozen hierbij expliciet voor een tekst met kernwoorden, om de kans te verhogen dat de tekst ook effectief werd gelezen.

De survey werd online ingevuld door de deelnemers via het platform SurveyMonkey ©. Voor het invullen van de survey diende elektronisch akkoord voor geïnformeerde toestemming aangevinkt te worden (bijlage 6). Volledige anonimiteit werd gegarandeerd. De duurtijd voor het invullen van de vragenlijst bedroeg ongeveer 20 minuten. Twee weken na de initiële mail belden we alle geselecteerde deelnemers op met de vraag aan niet-deelnemers om alsnog de survey in te vullen. Na nog eens twee weken stuurden we een herinneringsmail. Dit onderzoeksopzet werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent (Belgisch registratienummer B670201941380 – B670201941381 – B670201941382 – B670201941383).



## **Meetinstrumenten**

Voor ons onderzoek baseren we ons, mits toestemming van de auteur, deels op de vragenlijst van Zafanja Hartog (2008) in haar onderzoek naar de attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt. Daarnaast maken we gebruik van de Nederlandstalige ‘Sexuality assessment tool’ (SexAT, Messelis & Bauer, 2017).

### **Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie**

In het eerste deel, overgenomen uit de vragenlijst van Hartog (2008), worden algemene gegevens alsook religie bevestigd. Dit deel peilt ook naar de seksualiteitscultuur in de organisatie. Er werden kleine aanpassingen gedaan aan de originele vragenlijst, om de vragenlijst op maat van de deelnemers te maken. Vragen 6 “Wat is uw functie?” en 7 “Op welke afdeling bent u werkzaam?” werden geschrapt omdat we ons richten naar directieleden van WZC. Ook werden de woorden ‘patiënten’ en ‘psychiatrie’ vervangen door ‘bewoners’ en ‘woonzorgcentrum’.

### **Kennis over seksualiteit**

We peilen met de kennis-subschaal van de Nederlandstalige ‘Knowledge Comfort Approach and Attitude towards Sexuality Scale’ (KCAASS, Hoing & Bender, 2005) in 14 items bij de directieleden naar kennis over seksualiteit. Antwoorden gebeurt via een 4-punt Likertschaal (1 = ‘hier weet ik niets van’ tot 4 = ‘mijn kennis op dit gebied is uitstekend’). Scores variëren van 14 tot 56 punten, waarbij hogere scores wijzen op meer kennis over seksualiteit. Voorbeelditems zijn ‘De anatomie en werking van de geslachtsorganen’, ‘Hulpmiddelen en medicijnen om een erectie te kunnen krijgen’ en ‘Een relatie beginnen (flirten en dates)’. De interne betrouwbaarheid in onze steekproef was uitstekend (Cronbach’s alpha = 0.92).

### **Attitude ten opzichte van seksualiteit bij bewoners**

De ‘Sexual Attitudes and Beliefs Survey’ (SABS, Reynolds & Magnan, 2005; vertaald door Z. Hartog, 2008) peilt in 12 items naar de attitude van directieleden ten opzichte van seksualiteit bij bewoners. Antwoorden gebeurt via een 6-punt Likertschaal (1 = ‘volledig mee oneens’ tot 6 = ‘volledig mee eens’). Scores variëren van 12 tot 72, waarbij hogere scores wijzen op minder barrières om diagnostiek en counseling van seksualiteit van bewoners op te nemen in de dagelijkse omgang. Voorbeelditems zijn ‘Praten over seksualiteit is essentieel voor de gezondheidstoestand van de bewoner’, ‘Seksualiteit is een te persoonlijk onderwerp om met bewoners te bespreken’ en ‘Bewoners verwachten van hulpverleners dat ze naar hun

seksuele zorgen vragen'. Deze vragenlijst is niet specifiek ontworpen voor WZC, maar kan mits enkele kleine wijzigingen heel goed toegepast worden in ons onderzoek. Het woord 'patiënt' wordt telkens vervangen door het woord 'bewoner'. De interne betrouwbaarheid in onze steekproef was aanvaardbaar (Cronbach's alpha = 0.71).

### **Mate waarin het beleid de behoeftes van bewoners op vlak van seksuele intimiteit ondersteunt**

De Nederlandstalige 'Sexuality assessment tool' (SexAT, Messelis & Bauer, 2017) peilt via 69 vragen naar de toestand van het beleid rond seksualiteit in het WZC. De SexAT is opgesplitst in 7 delen: beleid, bepalen van de behoeftes van de oudere persoon, opleiding en training van het personeel, informatie en ondersteuning voor de oudere, informatie en ondersteuning voor familieleden, fysieke omgeving, veiligheid en risicomanagement. Antwoorden gebeurt via de meerkeuze-opties 'ja' (=1), 'neen' (=0), of 'soms' (=0.5). De scores van alle domeinen worden opgeteld en de totaalscore kan variëren van 0 tot 69, waarbij 20 of minder aangeeft dat 'verbetering is aangewezen', 21 tot 40 'goed' is, 41 tot 59 'zeer goed' en 60 of meer 'uitstekend'. De vragenlijst dient om WZC te helpen bij de ondersteuning van seksuele expressie van zijn bewoners (zowel met of zonder dementie) en werd ontwikkeld in overleg met een breed gamma aan experts en professionelen uit de ouderenzorg (Messelis & Bauer, 2017). De interne betrouwbaarheid in onze steekproef was uitmuntend (Cronbach's alpha = 0.95).

**Tabel 1**

*Steekproefgrootte, gemiddelden, standaarddeviaties, interne consistentie en bereik voor de KCAASS, SABS en SexAT*

<b>Schaal</b>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>α</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<b>KCAASS</b>	21	37.62	6.77	.92	24.00	50.00
<b>SABS</b>	21	32.38	7.66	.71	19.00	48.00
<b>SexAT</b>	21	30.92	13.44	.95	4.00	57.40

Tabel 2 geeft de Cronbach's alpha's voor subschalen van de SexAT weer. Interne consistenties, berekend aan de hand van de Cronbach's alpha's, zijn voor alle subschalen aanvaardbaar tot goed (George en Mallery, 2003). Enkel de subschaal 'Veiligheid en Risicomanagement' heeft een niet aanvaardbare interne consistentie.

**Tabel 2**

*Steekproefgrootte, aantal items en interne consistentie voor alle SexAT-subschalen*

<b>Subschaal</b>	<i>N</i>	<i>items</i>	<i>α</i>
<b>Beleid</b>	21	7	.75
<b>Noden</b>	21	15	.87
<b>Personeel</b>	21	7	.70
<b>Info</b>	21	9	.70
<b>Familie</b>	21	9	.70
<b>Omgeving</b>	21	3	.85
<b>Veiligheid</b>	21	6	.49

*Opmerking: Beleid = beleid, Noden = bepalen van de behoeften van de oudere persoon, Personeel = opleiding en training van het personeel, Info = informatie en ondersteuning voor de oudere, Familie = informatie en ondersteuning voor familieleden, Omgeving = fysieke omgeving, Veiligheid = veiligheid en risicomanagement.*

### **Steekproef**

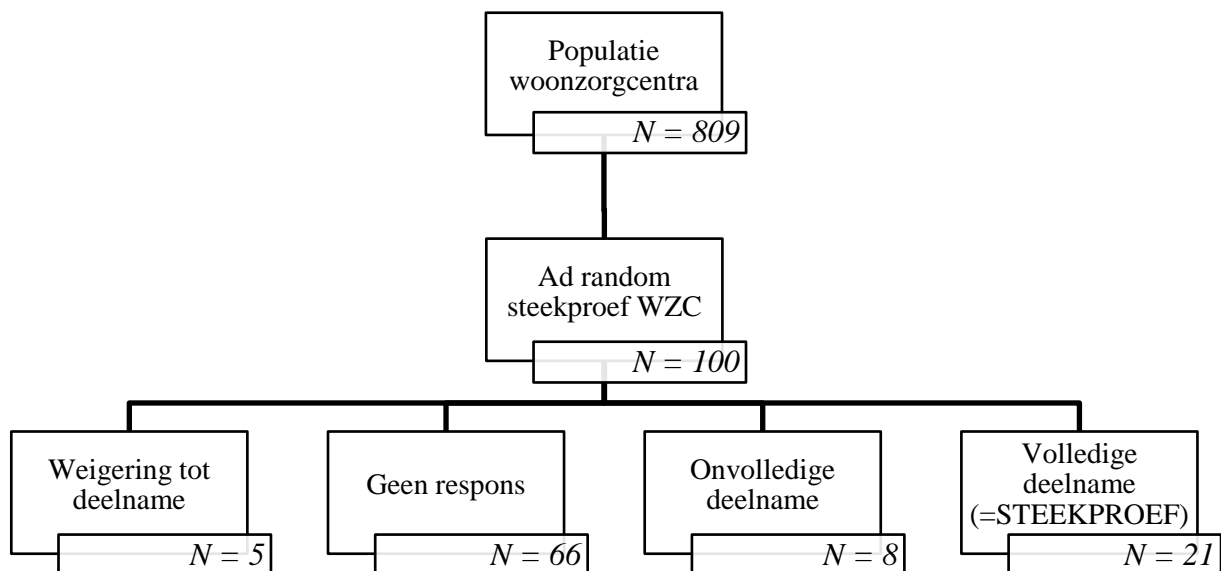
29 van de 100 geselecteerde WZC vullen de survey in, waarvan vijf deelnemers enkel de geïnformeerde toestemming invulden, maar geen vragenlijsten. Enkel data van volledige deelnames zijn weergegeven in de resultaten. Hiermee komen we aan een response rate van 21% (Figuur 1).

De uiteindelijke steekproef bestaat dus uit 21 directieleden, waarvan vijf mannen (23.80%) en zestien vrouwen (76.20%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 47.50 jaar ( $SD= 9.25$ ; [32-62]). Een kleine meerderheid (61.90%) vindt zichzelf religieus, 28.57% vindt zichzelf niet religieus en 9.52% geeft aan dit niet te weten. Alle religieuze deelnemers zijn katholiek en 84.62% van hen geeft aan weinig tot gemiddeld actief deel te nemen aan het kerkelijke leven.

Er is grote variatie in de steekproef wat betreft aantal jaren werkervaring binnen een WZC, met een minimum van 2 jaar en een maximum van 40 jaar ( $M= 19.20$ ;  $SD= 11.72$ ). Het merendeel van de deelnemers (90.48%) geeft aan een vast aanspreekpunt te zijn voor bewoners. In de opleiding tot het huidige beroep kreeg slechts 28.60% van de deelnemers

vorming rond seksualiteit; maar op de vraag ‘Hebt u bijscholing gehad op het gebied van seksualiteit?’ antwoordt 61.90% positief.

28.6% ( $N = 6$ ) van de deelnemers geeft aan in de afgelopen vier weken één of twee keer getuige te zijn geweest van seksualiteit van of tussen bewoners. Twee derden (66.67%,  $N = 14$ ) geeft aan hier geen getuige van te zijn geweest en één deelnemer geeft aan dat dit 20 keer het geval was. Van de deelnemers die één of twee keer getuige waren van seksualiteit, geeft de helft ( $N=3$ ) aan op een negatieve manier getuige te zijn geweest van seksualiteit van of tussen bewoners. De deelnemer die aangeeft 20 keer getuige te zijn geweest van seksualiteit, geeft niet aan dat dit op een negatieve manier gebeurde. In totaal geven 3 deelnemers (14.29%) aan op een negatieve manier getuige te zijn geweest van seksualiteit bij bewoners.

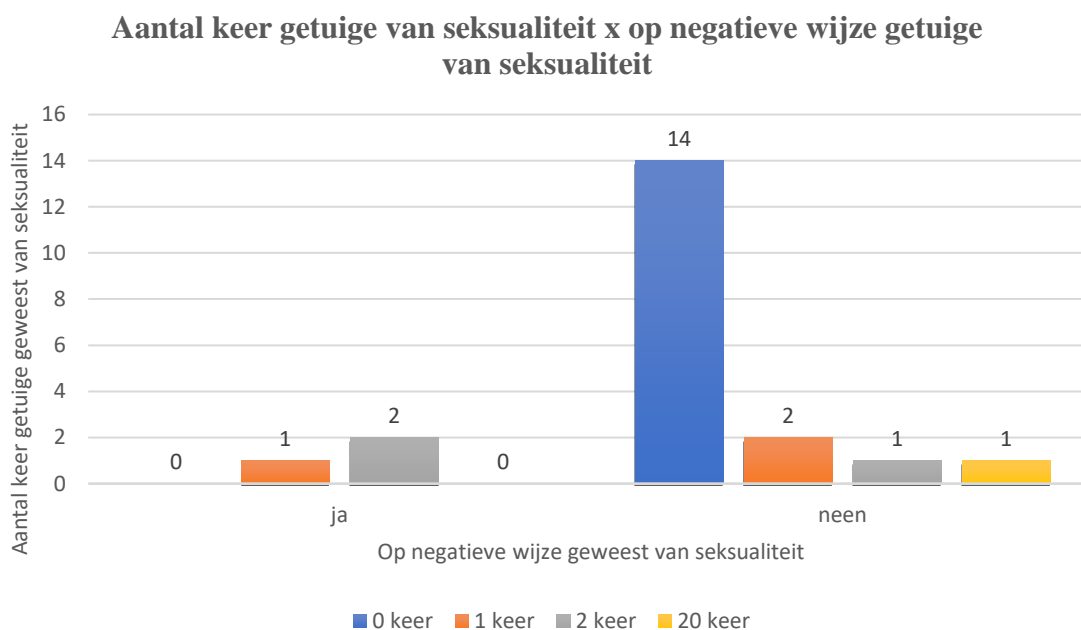


*Figuur 1. Response rate*

*Opmerking: ‘Onvolledige deelname’ omvat vijf deelnemers die enkel de geïnformeerde toestemming invulden en drie deelnemers die maar een deel van de vragenlijsten invulden.*

**Tabel 3***Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie*

<b>Geslacht</b>	Mannen: 5	Vrouwen: 16
<b>Leeftijd</b>	M: 47.50 SD: 9.25	Range: 32-62
<b>Religieus</b>	Ja: 61.90%	Nee: 28.57%
	Weet niet: 9.52%	
<b>Religieus actief</b>	Ja: 84.62%	Nee: 15.38%
<b>Werkervaring</b>	M: 19.20 SD: 11.72	Range: 2-40
<b>Scholing tijdens opleiding</b>	Ja: 28.6%	Nee: 71.4%
<b>Bijscholing</b>	Ja: 61.90%	Nee: 38.10%



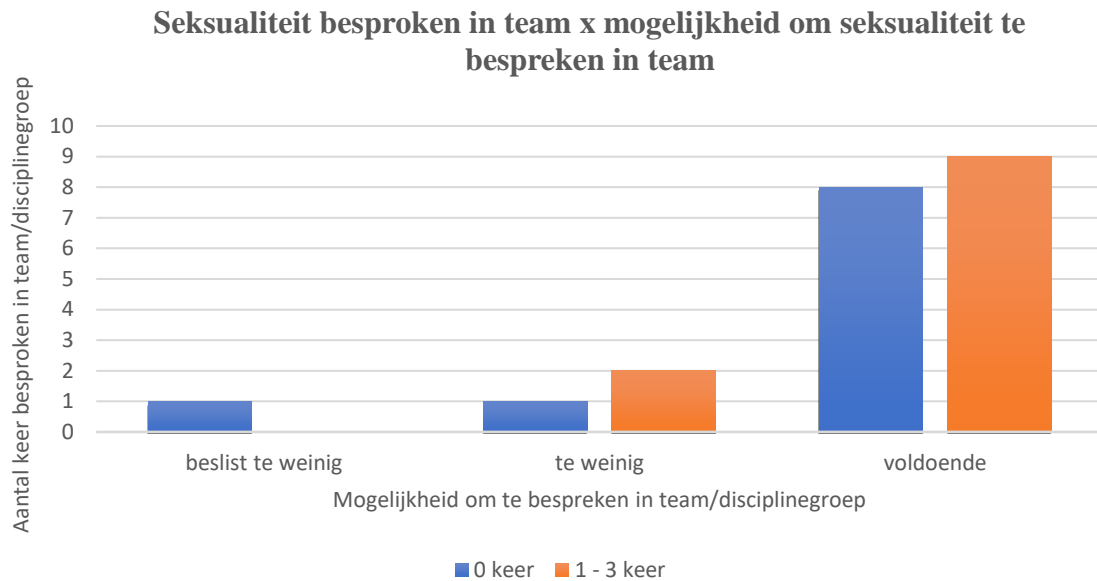
*Figuur 2.* Aantal keer dat deelnemers afgelopen 4 weken getuige waren van seksualiteit van of tussen bewoners, afgezet tegen het aantal keer dat men op een negatieve wijze getuige was van seksualiteit

In de vier weken voorafgaand aan de bevraging kregen twee deelnemers (9.5%) één keer een vraag rond seksualiteit van een bewoner, één deelnemer (4.8%) twee keer en één deelnemer (4.8%) vier keer. Het merendeel van de deelnemers (81.0%) geeft aan hier geen vragen over gekregen te hebben. De meerderheid van de deelnemers (76.2%) bracht dit onderwerp ook niet zelf ter sprake bij de bewoners. 66.7% van de deelnemers voelt zich wel voldoende in staat om eventuele seksuele problemen van bewoners te herkennen en 71.4% vindt over voldoende gespreksvaardigheid te beschikken om seksuele vragen/problemen te bespreken met bewoners.

81.0% van de deelnemers vindt dat er voldoende mogelijkheden zijn om seksuele vragen van bewoners te bespreken binnen het eigen team, 19.1% vindt dit (beslist) te weinig. Toch heeft 47.62% van de deelnemers in de afgelopen vier weken geen vragen van bewoners rond seksualiteit besproken in het eigen team. Bovendien heeft 47.1% van de deelnemers die aangeven hier voldoende mogelijkheden toe te hebben, toch geen seksuele vragen besproken binnen het eigen team de afgelopen vier weken. Overleg met andere disciplines (buiten het eigen team) gebeurde door 47.6% van de deelnemers (gaande van 1 tot 4 keer in de afgelopen weken); de meerderheid van de deelnemers (90.5%) verwees in de afgelopen vier weken geen bewoners door naar een andere discipline (bv. een seksuoloog)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Eén deelnemer antwoordde niet op de vraag 'Hoeveel keer hebt u in de afgelopen vier weken een bewoner verwezen naar of geadviseerd contact op te nemen met een andere discipline i.v.m. seksuele vragen/problemen (bv. een seksuoloog)?'



*Figuur 3.* Aantal keer dat men in de afgelopen vier weken seksualiteit van bewoners besprak binnen het eigen team/disciplinegroep, afgezet tegen de mate waarin men vindt dat seksualiteit van bewoners bespreekbaar is binnen het eigen team/disciplinegroep

### **Onvolledige deelnames**

Drie deelnemers vulden de vragenlijsten niet volledig in. Het gaat om één mannelijke deelnemer en twee vrouwelijke deelnemers. Het gemiddeld aantal jaren werkervaring ligt iets hoger in deze groep en alle drie de deelnemers geven aan een vast aanspreekpunt te zijn voor bewoners. Gezien de drop-outs meer vorming kregen rond seksualiteit in de opleiding tot hun huidige beroep, minder bijscholing kregen rond seksualiteit, vaker getuige waren van seksualiteit van of tussen bewoners en dit vaker op een negatieve manier, seksualiteit minder bespreken binnen het eigen team, minder voldoende mogelijkheden zien om seksualiteit te bespreken binnen het eigen team en seksualiteit minder bespreken met andere disciplines, lijkt het erop dat de drop-out tijdens het invullen van de vragenlijsten een bias heeft veroorzaakt in de steekproef.

### **Statistische analyses**

Bij het analyseren van de data in SPSS hanteren we een significantieniveau van .05. Dit betekent dat p-waarden kleiner dan .05 als statistisch significant worden beschouwd. De gemiddelden, standaarddeviaties en het bereik van scores op de vragenlijsten in onze survey werden als eerste berekend. Hierbij werd ook de interne consistentie van de totaal- en subschalen berekend aan de hand van Cronbach's alpha.

Door een technische fout is één item van de SexAT niet opgenomen in de online survey. Door een Ipsative Mean Imputation werd het missende item toch opgenomen in de dataset voor verder analyses. Deze methode om missing data in te vullen, kan enkel gehanteerd worden bij 20% of minder tekort in data. Volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003), die stellen dat:  $\alpha > .90$  is uitmuntend,  $\alpha > .80$  is goed,  $\alpha > .70$  is aanvaardbaar,  $\alpha > .60$  is bedenkelijk,  $\alpha > .50$  is zwak en  $\alpha < .50$  is niet aanvaardbaar; is de interne consistentie van deze schaal uitmuntend (Tabel 1). Daarom nemen we de data van de SexAT toch op in onze analyses.

Gezien we enkele controlevariabelen opnamen in de survey, wilden we via de Mann-Whitney Test en Kruskal-Wallis Test ook nagaan of deze lineaire onafhankelijke controlevariabelen een invloed hebben op de afhankelijke variabele ‘beleid’ (SexAT-totaalscore). De volgende controlevariabelen, allen items uit het deel ‘Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie’, correleren met onze afhankelijke variabele: ‘Spreken met uw collega’s binnen uw team of disciplinegroep over seksuele vragen/problemen van bewoners’, ‘Spreken met een andere discipline over seksuele vragen/problemen van bewoners’, ‘Op een negatieve manier getuige geweest van seksualiteit van of tussen bewoners’, ‘Bijscholing gekregen op het gebied van seksualiteit’ en ‘Voldoende gespreksvaardigheden om seksuele vragen/problemen goed met bewoners te kunnen bespreken’. Deze controlevariabelen nemen we mee in een Hiërarchische Lineaire Regressie als onafhankelijke variabelen, naast de andere onafhankelijke variabelen ‘seksuele opvattingen en attitudes’ (SABS-totaalscore) en ‘kennis’ (KCAASS-totaalscore), met ‘beleid’ als afhankelijke variabele.

Alvorens deze analyses uit te voeren, werd de normaliteitsassumptie nagegaan, aan de hand van een histogram alsook via de asymmetrie (i.e. *Skweness*) en de scherpte van de staartverdeling (i.e. *Kurtosis*) voor de uitkomstvariabele SexAT. Doordat we een kleine steekproef hebben (kleiner dan 200), werden er significantietesten uitgevoerd voor de asymmetrie en de scherpte van de staart (Field, 2009). De waarden zijn hierbij omgezet in z-scores. De richtlijnen van Field stellen dat een waarde groter dan 1.96 significant is bij een  $p < .05$ , een waarde groter dan 2.58 bij een  $p < .01$  en een waarde groter dan 3.29 bij een  $p < .001$ . Bij een kleine steekproef, dient er gekeken te worden of de waarde groter is dan 1.96. Als de z-score van de asymmetrie en de scherpte van de staart kleiner is dan deze waarde, dan spreekt Field van evidentie voor normaal verdeelde data. Voor de SexAT (*Skewness* = - .04, *SE* = .50,  $z$  = -.08; *Kurtosis* = -.28, *SE* = .97,  $z$  = -.29) werd aan deze voorwaarden voldaan.



## Resultaten

### **Hypothese 1: Een positiever attitude over seksualiteit bij directieleden verhoogt de kans op de aanwezigheid van een concreet beleid**

Via een Pearson Correlatie test werd eerst nagegaan hoe de variabele 'beleid' correleert met de variabelen 'attitude' en 'kennis'. Uit deze test blijkt een significant negatief verband tussen 'beleid' en 'attitude' ( $r = -.478, p < .05$ ) en een significant sterk positief verband tussen 'beleid' en 'kennis' ( $r = .678, p < .01$ ).

De resultaten van de hiërarchische lineaire regressie, met afhankelijke variabele 'beleid' en onafhankelijke variabelen 'attitude', 'spreken met uw collega's binnen uw team of disciplinegroep over seksuele vragen/problemen van uw bewoners', 'spreken met een andere discipline over seksuele vragen/problemen van uw bewoners', 'op een negatieve manier getuige geweest van seksualiteit van of tussen bewoners', 'bijscholing hebben gekregen op het gebied van seksualiteit' en 'voldoende gespreksvaardigheden om seksuele vragen/problemen goed met bewoners te kunnen bespreken', worden weergegeven in Tabel 4.

Het model met enkel de controlevariabelen (Model 1) verklaart op significante wijze de variantie in 'beleid' ( $F(5,15) = 8.28, p < .001$ ). Het tweede model met de controlevariabelen en voorspeller 'Seksuele Opvattingen en Attitudes' is ook significant ( $F(6,14) = 7.10, p < .001$ ); alle voorspellers verklaren dus op significante wijze variantie in 'beleid'.

In het eerste model wordt 73% van de variantie in beleid verklaard door de controlevariabele; terwijl dit in het tweede model, met toevoeging van 'Seksuele Opvattingen en Attitudes' 75% is. Deze stijging van 2% is echter niet significant ( $p > .10$ ). In model 1 zien we dat 'Spreken met uw collega's binnen uw team of disciplinegroep over seksuele vragen/problemen van bewoners' en 'Voldoende gespreksvaardigheden om seksuele vragen/problemen met bewoners te kunnen bespreken' significante voorspellers voor 'beleid' zijn. Model 2, met extra voorspeller 'attitude', verklaart niet significant beter dan het eerste model. Ook hier zijn 'Spreken met uw collega's binnen uw team of disciplinegroep over seksuele vragen/problemen van bewoners' en 'Voldoende gespreksvaardigheden om seksuele vragen/problemen met bewoners te kunnen bespreken' significante voorspellers, maar ook 'Op een negatieve manier getuige geweest van seksualiteit van of tussen bewoners' is een marginaal significante voorspeller ( $B = -14.68, p < .10$ ). Deze laatste toont een negatief verband met 'beleid'.

Over voldoende gespreksvaardigheden beschikken als directielid en het spreken met collega's verhoogt de kans dat er een beleid aanwezig is. Een incident, namelijk op een negatieve manier getuige zijn geweest van seksualiteit tussen of van bewoners, verlaagt de kans dat er een degelijk beleid gevormd wordt. Een positievere attitude ten aanzien van seksualiteit bezitten als directielid zorgt er niet voor dat er meer kans bestaat op een concreet beleid waardoor onze eerste hypothese niet bevestigd wordt.

**Tabel 4**

*Resultaten Hiërarchische Lineaire Regressie met afhankelijke variabele 'beleid'*

	Voorspellers	B	S.E	Beta	Sig.	VIF
<b>Model 1</b>	<b>1</b>	6.16	3.24	.49	.076*	3.75
	<b>2</b>	-1.86	3.53	-.17	.607	6.02
	<b>3</b>	-13.21	7.74	-.35	.108	2.40
	<b>4</b>	-4.39	3.94	-.16	.284	1.20
	<b>5</b>	12.98	3.26	.56	.001*	1.11
<b>Model 2</b>	<b>1</b>	7.44	3.46	.59	.049*	4.30
	<b>2</b>	-2.29	3.55	-.21	.530	6.10
	<b>3</b>	-14.68	7.85	-.39	.083*	2.48
	<b>4</b>	-5.39	4.05	-.20	.205	1.28
	<b>5</b>	14.65	3.64	.63	.001*	1.38
	<b>Opvatting</b>	0.33	0.32	.19	.320	1.89

*Opmerking: 1 = 'spreken met collega's', 2 = 'spreken met andere discipline'. 3 = 'negatieve manier getuige van seksualiteit van of tussen bewoners', 4 = 'bijscholing' en 5 = 'voldoende gespreksvaardigheden'*

**Tabel 5**

*Model Summary*

	R	R Square	S.E	F Change	Sig. F Change
<b>Model 1</b>	.86	.73	8.00	8.28	.001
<b>Model 2</b>	.87	.75	7.99	1.065	.320

*Opmerking: Model 1 = enkel controlevariabelen; Model 2 = controlevariabelen + attitude*

**Hypothese 2: Een betere kennis over seksualiteit bij directieleden verhoogt de kans op de aanwezigheid van een concreet beleid**

Model 3, met controlevariabelen opgenomen in Model 1 en 2, variabele ‘attitude’ zoals eerder opgenomen in Model 2 en variabele ‘kennis’, verklaart ook op significante wijze de variantie in ‘beleid’ ( $F(7,13) = 7.92, p < .001$ ) (Tabel 6). Dit model verklaart 81% van de variantie in beleid. Deze stijging, in vergelijking met het eerste model, is niet significant ( $p = .069$ ). ‘Kennis’ correleerde, volgens de Pearson Correlatie test, sterk met ‘beleid’. Wanneer de controlevariabelen in rekening worden gebracht, gaan deze voorspellers nog meer variantie in ‘beleid’ verklaren. Meer kennis over seksualiteit onder deelnemende directieleden voorspelt dus de aanwezigheid van een performanter beleid omtrent seksualiteit in het WZC.

**Tabel 6**

*Resultaten Hiërarchische Lineaire Regressie met afhankelijke variabele ‘beleid’*

	Voorspellers	B	S.E	Beta	Sig.	VIF
<b>Model 3</b>	<b>1</b>	6.66	3.17	.53	.056	4.36
	<b>2</b>	-3.21	3.26	-.30	.343	6.23
	<b>3</b>	-18.74	7.43	-.50	.025	2.69
	<b>4</b>	-3.58	3.80	-.13	.363	1.35
	<b>5</b>	10.92	3.81	.47	.013	1.83
	<b>Opvatting</b>	.56	.31	.32	.099	2.17
	<b>Kennis</b>	.79	.40	.40	.069	2.73

*Opmerking: 1 = ‘spreken met collega’s’, 2 = ‘spreken met andere discipline’. 3 = ‘negatieve manier getuige van seksualiteit van of tussen bewoners’, 4 = ‘bijscholing’ en 5 = ‘voldoende gespreksvaardigheden’*

**Tabel 7**

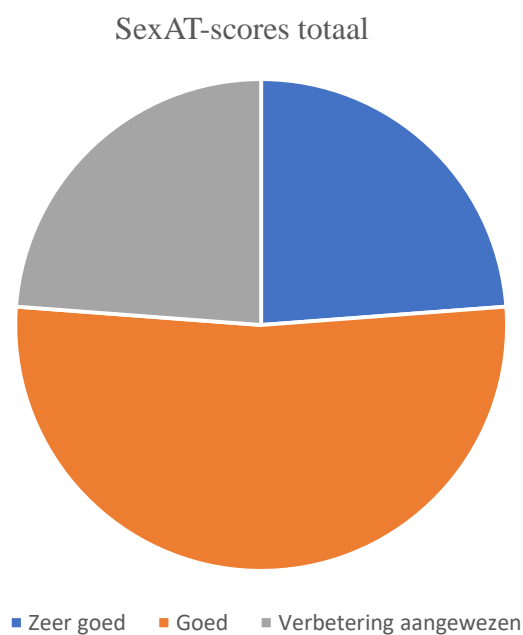
*Model Summary*

	R	R Square	S.E	F Change	Sig. F Change
<b>Model 3</b>	.90	.81	7.27	3.93	.069

*Opmerking: Model 3 = controlevariabelen + attitude + kennis*

**Hypothese 3: Minstens 70% van de deelnemers behalen een SexAT score van ‘goed’ tot ‘zeer goed’**

Van de deelnemende WZC behaalt 52.38% (N = 11) een SexAT-score van 21 – 40 wat ‘goed’ betekent en 23.81% (N = 5) behaalt een score van 41 – 59 wat ‘zeer goed’ oplevert. De overige 23.81% behalen een score van 20 of minder, wat betekent dat verbetering aangewezen is. Geen enkel WZC behaalt een score van 60 of meer (‘uitstekend’). Dit betekent dus dat 76.19% van de deelnemende WZC een goed tot zeer goed beleid hebben, wat overeenkomt met onze verwachtingen (minimum 70%).



*Figuur 4.* Totale SexAT-scores. ‘Zeer goed’ = SexAT score tussen 41 en 59; ‘goed’ = SexAT-score tussen 21 en 40; ‘verbetering aangewezen’ = SexAt-score van 20 of minder

## Discussie

Met ons onderzoek wensten we na te gaan in hoeverre er sprake is van een degelijk beleid rond seksualiteit in Vlaamse woonzorgcentra. We wilden nagaan of kennis en/of attitude van directieleden ervoor zorgt dat de kans op een performant beleid stijgt. Kennis is een belangrijke voorspeller voor de aanwezigheid van een degelijk beleid. Als directielid een positievere attitude bezitten ten aanzien van seksualiteit lijkt geen verschil te maken in beleid. In wat volgt, bespreken we onze resultaten kritisch in de context van eerdere literatuur.

### Bespreking van de resultaten

Volgens onze resultaten, wordt de kans op aanwezigheid van een performant beleid groter in die WZC waar men binnen het team seksuele vragen/problemen bespreekt, beschikt over voldoende gespreksvaardigheden om seksuele vragen/problemen te bespreken en beschikt over voldoende kennis m.b.t. seksualiteit bij ouderen. Waar men op een negatieve wijze getuige is geweest van seksualiteit van of tussen bewoners, daalt de kans op een performant beleid. Een liberaler attitude rond seksualiteit toont geen verband met het beleid.

Driekwart van de WZC beschikt over een goed tot zeer goed beleid. Dit is 6.19% meer dan in het onderzoek van Messelis en Bauer (2019), waar 12% van de WZC zeer goed scoorde (SexAT-score tussen 41 en 59), 58% goed (SexAT-score tussen 21 en 40) en 30% minder dan 20 scoorde (= verbetering is aangewezen). Dit zou erop kunnen wijzen dat het onderzoek van Messelis en Bauer (2019) zorgde voor verhoogde aandacht voor het thema seksualiteit in WZC, doch een causaal verband voor verschillen in beide onderzoeken, ligt buiten de opzet van ons onderzoek. Een lage score op de SexAT (52.38% scoort 'goed' en bij 23.81% is 'verbetering aangewezen') zou te wijten kunnen zijn aan een gebrek aan incentive (stimulans) voor de directie. Mogelijks ziet men geen meerwaarde in het opstellen van een beleid rond dit thema of voelt men zich niet bekwaam genoeg omdat het hen aan info ontbreekt. Ook angst kan een factor zijn die meespeelt, mogelijks wil men geen 'kleur bekennen'. Wanneer een beleid zwart op wit staat uitgeschreven, kan men ook aangesproken worden. Onderzoek van Hill (2014) toont aan dat directieleden vaak bang zijn voor eventuele aansprakelijkheid indien men bewoners toelaat om seksuele relaties te onderhouden. Het is echter belangrijk mee te geven dat de aanwezigheid van een duidelijk beleid net beschermt tegen eventuele discussies hieromtrent.

Tot slot kan omwille van het onderzoeksopzet geen causaal verband aangetoond worden tussen het al dan niet aanwezig zijn van een kwaliteitsvol seksualiteitsbeleid en de verschillende beïnvloedende factoren zoals negatieve ervaringen, kennis en bespreekbaarheid van seksualiteit

(in team en naar bewoners toe). Hiertoe is prospectief, longitudinaal onderzoek nodig.

Op basis van deze resultaten zouden we kunnen stellen dat indien men zich in staat voelt om seksualiteit van bewoners bespreekbaar te maken (binnen het eigen team en t.o.v. bewoners), dit een belangrijke voorspeller is van de mate van aanwezigheid van beleid. Dat impliceert dat WZC voornamelijk moeten investeren in het creëren van ruimte om deze zaken bespreekbaar te maken (binnen het team en met de bewoners) en dat zij idealiter ook monitoren of het personeel zich daar voldoende toe in staat voelt. Indien dit niet het geval is, kan het WZC bijsturen door bijvoorbeeld opleiding, maar evenzeer door ingrepen in de fysieke omgeving en in zorgprotocollen die het makkelijker maken om seksualiteit te bespreken. Een suggestie zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat seksualiteit van/tussen bewoners vast deel uitmaakt van de intake bij een nieuwe bewoner en bij teamoverleg over de bewoners, zodat de drempel om dit te bespreken verlaagd wordt. Onderzoek van Syme en collega's (2016) toont ook aan dat directieleden van overheden verwachten dat ze richtlijnen uit zetten hoe om te gaan met het thema seksualiteit. Mogelijks kunnen dit soort richtlijnen ook helpen om seksualiteit vlotter bespreekbaar te maken in WZC, en dus zo ook de kwaliteit van beleid verhogen.

Zich in staat voelen om seksualiteit te bespreken binnen het team en met bewoners, kan mogelijks ook beïnvloed worden door de kennis die men heeft omtrent het thema. Dat ook 'kennis' een voorspellende factor voor beleid is, kan hiermee samenhangen. Wanneer men voldoende kennis over het thema heeft, voelt men zich vermoedelijk bekwaamer om ook het gesprek hierover aan te gaan.

Dat een negatieve ervaring rond seksualiteit bij bewoners een negatieve voorspeller is van een degelijk beleid, kunnen we kaderen binnen het onderzoek van Mahieu en Gastmans (2015). Deze onderzoekers stelden vast dat het gedrag van zorgverleners omtrent seksualiteit bij bewoners deels gevormd wordt door hun eigen ervaringen. Wat negatief wordt ervaren, is uiteindelijk een erg persoonlijk gegeven. Zo benoemen zorgverleners seksueel gedrag van bewoners niet steeds correct, schatten ze het in als grensoverschrijdend gedrag en zullen ze er niet over praten (Van der Ploeg, 2017). Een suggestie hierbij kan zijn dat WZC-directieleden en -personeel vorming krijgen over wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is en hoe ze dit kunnen onderscheiden van normaal seksueel gedrag of van andere problematieken. Daarnaast zou het zinvol kunnen zijn dat directieleden en personeel een aanspreekpunt hebben (bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon, meldpunt, ...), zodat deze ervaringen minder hun algemene beeld kleuren en dus minder in de weg staan van een degelijk beleid. Daarnaast zou deze invloed van negatieve ervaring(en) ook kunnen verklaren waarom een bestaand beleid binnen WZC vaak bestaat uit afspraken omtrent repressie van seksueel grensoverschrijdend gedrag (maar niet omtrent plezier of 'normale'

seksualiteit) (Slabbinck, 2017): wanneer men dan toch aandacht besteedt aan dit thema wordt het niet (of minder) gekleurd door positieve maar wel door negatieve ervaringen. Men zet dus vooral in op het vermijden van negatieve gebeurtenissen, eerder dan op het faciliteren van positieve gebeurtenissen. Ook Messelis (2019) geeft aan dat de aanleiding om na te denken over het thema seksualiteit en tot actie over te gaan, vaak een incident, probleem, of wetgeving behelst.

### **Sterktes van het Onderzoek**

Ons onderzoek heeft in eerste instantie maatschappelijke waarde: de studie brengt het thema seksualiteit en intimiteit bij ouderen onder de aandacht. We hopen dan ook dat ons onderzoek bijdraagt aan een groeiend besef binnen deze residentiële kaders dat seksualiteit niet alleen een basisrecht is, maar ook op significante manier bijdraagt aan de gezondheid van elk individu. Het verdient dus een plaats in eender welke vorm van zorg- of hulpverlening. Door hier een concreet beleid rond uit te werken, dat ook focust op de positieve aspecten van seksualiteit, kan het thema seksualiteit deel worden van behandelprogramma's en zo misschien zelfs bijdragen tot betere zorg. Aan de hand van de vergelijking van de totaalscores voor de SexAT binnen huidig onderzoek tegenover het onderzoek van Messelis en Bauer (2019) zouden we kunnen vermoeden dat aandacht vestigen op het thema door het voeren van onderzoek, wel degelijk zorgt voor verhoogde aandacht van dit thema binnen de werking van de WZC. Uiteraard is verder longitudinaal onderzoek nodig om na te gaan of we hier ook effectief kunnen spreken van een significant causaal verband.

Uniek aan dit onderzoek is de koppeling van goed tot zeer goed beleid rond seksualiteit in woonzorgcentra, aan de kennis en attitude rond seksualiteit van zijn directieleden. In de meeste onderzoeken rond dit thema worden zorg- en hulpverleners bevraagd, terwijl in ons onderzoek de focus lag op directieleden, aangezien zij een doorslaggevende actor vormen bij de opmaak van beleid.

Ons onderzoek is het eerste dat de kennis rond seksualiteit bevraagt bij directieleden.

Daarenboven werd in het verleden nog niet nagegaan hoe de attitude van directieleden ten aanzien van seksualiteit een invloed heeft op het aanwezig zijn van een beleid. Voorafgaande onderzoeken richten zich voornamelijk op bewoners zelf of op het verzorgend personeel.

## **Beperkingen van het Onderzoek**

Een eerste beperking is de anonimiteit van de online survey, waardoor we geen onderscheid kunnen maken tussen WZC uit verschillende regio's of verschillende types WZC (bijvoorbeeld privé tegenover openbaar; katholieke stroom of andere, ...).

Een tweede beperking betreft de lage respons, die generaliseerbaarheid bemoeilijkt. De lage respons zien we terugkomen bij het onderzoek van Messelis en Bauer (2019) alsook bij ander onderzoek (Bauer, Nay, & Auliffe; 2009). Zelf merkten we bij de telefonische contacten dat er een zekere moeheid heerst bij de directieleden om mee te werken aan onderzoek, als meest gehoorde reden vermelden zij overbevraging. De lage responsgraad kan ook een reflectie zijn van hoe directieleden kijken naar het thema 'ouderen en seksualiteit', namelijk dat zij dit niet prioritair of niet belangrijk vinden. Sowieso is het mogelijk dat een bias ontstaat doordat enkel WZC die al op één of andere manier met dit thema bezig zijn (hetzij door invoeren van een beleid of aantal regels, hetzij door negatieve ervaringen), de bevraging ook effectief invullen.

Tijdsgebrek kan ook een reden zijn waarom de respons zo laag was. Een aanzienlijk deel van de directieleden was niet bereikbaar wegens gebrek aan tijd of langdurige afwezigheid door ziekte. Dit kan natuurlijk samenhangen met de hoge druk op zorginstellingen, waardoor men dit thema misschien wel belangrijk kan vinden, maar hier onvoldoende ruimte voor heeft. Bovendien circuleerde onze survey tijdens de drukke eindejaarsperiode, wat ook bijgedragen kan hebben tot een lagere respons.

Een derde beperking ligt in het feit dat er door een technische fout een item van de SexAT niet opgenomen werd in de online survey. Ook dit bemoeilijkt enigszins de generaliseerbaarheid van de resultaten.

## **Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

Gezien de beperkte steekproef binnen dit (en ander onderzoek) is het aangewezen dat verder onderzoek rond dit thema gebeurt met grotere steekproeven, wat de generaliseerbaarheid zou vergroten. Bovendien zou het een meerwaarde zijn als toekomstig onderzoek kan bestaan uit prospectieve, longitudinale studies. Zo kunnen causale verbanden tussen de verschillende variabelen in ons model blootgelegd worden. Door de beperkte steekproef en doelstelling van het onderzoek bleven ook een aantal andere interessante vraagstukken onderbelicht. Hebben bijvoorbeeld religieuze versus niet religieuze of private versus openbare WZC een ander soort beleid? Is er een invloed van geografische afbakening? En in welke mate is er binnen het bestaande beleid ook aandacht voor minderheidsgroepen (bv. LGBTQ-gemeenschap)? Ook het onderzoeken van welke subschalen van de SexAT nu precies het meest/minst



doorslaggevend zijn m.b.t. de kwaliteit van het beleid, zou interessant zijn. Hiervoor zouden bv. bewoners, familieleden en personeel bevestigd kunnen worden omtrent hun ervaringen met het beleid van het WZC waar zij/hun familielid in wonen/woont of waarin zij werken; om dan de link te leggen met de SexAT-subschalen waar het WZC goed/minder goed op scoort.

Gezien de factor 'kennis' een significante voorspeller van beleid lijkt te zijn, kan het de moeite lonen ook dit onderdeel wat grondiger te onderzoeken. De vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt werd om kennis te meten, is een algemene vragenlijst rond kennis m.b.t. seksualiteit, die aangepast werd naar de context van ouderen. Gezien er zich bij ouderen in een residentiële setting ook een aantal specifieke situaties kunnen voordoen (bewoners met dementie, bewoners met ernstige fysieke beperkingen, gescheiden koppels, gebrek aan privacy, ...), zou het zinvol zijn een vragenlijst af te nemen die ook de kennis rond deze aspecten bevestigd. Op die manier kan de link tussen 'kennis' en 'beleid' concreter gemaakt worden.

### **Conclusie**

Hoewel we via ons onderzoek een aantal voorspellende factoren voor beleid in kaart hebben kunnen brengen, kunnen we door de beperkingen van het onderzoek geen algemene uitspraken voor WZC doen. We kunnen er wel van uitgaan dat WZC belang dienen te hechten aan het bespreekbaar maken van het thema seksualiteit (zowel binnen het team als naar bewoners toe) en kennis rond seksualiteit bij ouderen, willen ze ook een degelijk beleid rond seksualiteit en intimiteit uitwerken. We vermoeden ook dat het blijvend onder de aandacht brengen van dit thema een belangrijke motivator is voor WZC om met dit thema aan de slag te gaan binnen de eigen organisatie. Hierin zien we niet alleen een rol weggelegd voor onderzoekers, maar ook voor de relevante overheden. Door het uitschrijven van richtlijnen en nog meer door het aanbieden van ondersteunende maatregelen, zouden ook zij de aandacht voor dit thema kunnen verhogen. Dit kan op zijn beurt weer tot een uitgewerkt en kwaliteitsvol beleid rond seksualiteit leiden, binnen de individuele woonzorgcentra.

## Referentielijst

- Agentschap Zorg & Gezondheid (2016). Enquête over kwaliteit van leven in woonzorgcentra. Geraadpleegd op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/enquête-over-kwaliteit-van-leven-in-woonzorgcentra>
- Beel, V. (2018, 25 oktober). De behoefte aan lichamelijke en seksualiteit slijt niet met ouder worden. Verzorgers en verpleegkundigen in woonzorgcentra hebben het er lastig mee. De Standaard. [http://www.standaard.be/cnt/dmf20181024\\_03869290](http://www.standaard.be/cnt/dmf20181024_03869290)
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*, 4, 296-309.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analyses in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/147808870qp063oa.
- Buttaro, T.M., Koeniger-Donohue, R. and Hawkins, J. (2014) Feature Article: Sexuality and Quality of Life in Aging: Implications for Practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10, 480-485. doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.04.008
- CM Ziekenfonds (2018). Positieve gezondheid België. Geraadpleegd op <https://www.mijnpositievegezondheid.be/positieve-gezondheid-belgie>
- De Haas, S. (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor seksuologie*, 136-145.
- DeLamater, J.D. (2012). Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis. *Journal of Sex Research*, 125-141.
- DeLamater, J.D., & Sill, M. (2005). Sexual Desire in Later Life. *Journal of Sex Research*, 138-149.
- Di Napoli, E.A., Breland, G.L., & Allen, R.S. (2013). Staff Knowledge and Perceptions of Sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes. *Journal of Aging and Health*, 1087-1105.
- Doll, G. A. (2012). *Sexuality and long-term care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Dominiguez, L., & Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 512-518.

- Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R., & Bergman, R. (1999). Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, 144-149.
- Elias, J. & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1668-1676.
- Esterle, M., Sastre, M. T. M., & Mullet, E. (2011). Acceptability of sexual relationships between elderly people residing in nursing homes. *Sexuality and Disability*, 29(2), 157– 164. doi:10.1007/s11195-010-9189-x
- Frans, E., & Franck, T. (2013). *Vlaggensysteem. Reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren*. Antwerpen: Garant.
- Frederix, N., Boerjan, S., & Verelst, C. (2017). *Als Amor de draad kwijtraakt*. Leuven: ACCO.
- Flynn, T. & Gow, A. (2015). Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Ageing*, 44 (5), 823-828. doi:10.1093/ageing/afv083
- Fileborn, B., Hinchliff, S., Lyons, A., Heywood, W., Minichiello, V., Brown, G., Malta, S., Barrett, C., & Cramer, P. (2017). The Importance of Sex and the Meaning of Sex and Sexual Pleasure for Men Aged 60 and Older Who Engage in Heterosexual Relationships: Findings from a Qualitative Interview Study. *Arch Sex Beh*, 2097-2110.
- Ginsberg, T.B., Pomerantz, S.C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 475-480.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 1617-1628.
- Haesler, E., Bauer, M. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ. Today*, 40, 57-71. Doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.012.
- Hartog, Z. (2008). *De attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt* (Master's Thesis, Universiteit Utrecht).
- Hayward, L.E., Robertson, N., & Knight, C. (2012). Inappropriate sexual behaviour and dementia: an exploration of staff experience. *Dementi*, 463-480.

- Heath, H. (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. An RCN discussion and guidance document for the nursing workforce. *Nursing older people*, 23(6), 14-20.
- Höing, M. & Bender, J. (2005). *Seksualiteit als revalidatiezorggebied: evaluatie van een teamgerichte training voor revalidatiewerkers*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Jones, C., & Moyle, W. (2016). Sexuality & dementia: an e-learning resource to improve knowledge and attitudes of aged-care staff. *Educational Gerontology*, 563-571.
- Katz, S. & Marschall, B. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17(1), 3-16.
- Kendall, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. *Sexuality and Disability* 21, 49-64.
- Kennedy, G. J., Martinez, M.M., & Garo, N. (2010). Sex and mental health in old age. *Primary Psychiatry*, 17(1), 22-30.
- Kenny, R. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth*, 5, 91-106.
- Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (11–12), 1545–1554. doi:10.1111/jocn.13454
- Lee, D.M., Nazroo, J., O’Connor, D.B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Beh*, 133-144.
- Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2014). *Intimacy and sexuality in institutionalized dementia care: clinical-ethical considerations*. DOI: 10.1007/s10728-014-0287-2
- Mahieu, L., De casterlé, B.D., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuws, S., & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23 (6), 605-623. doi:10.1177/0969733015580813

- Mahieu, L., De casterlé, B.D., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: Validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2584-96.
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 1140-1154.
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yasdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Science*. 21, 136. doi: 10.4103/1735-1995.196618
- Messelis, E. (2019). *Intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra*. Oud-Turnhout's Hertogenbosch: Gompel&Svacina bvba.
- Messelis, E. & Bauer, M. (2019). Sex and Intimacy Policy in Residential Aged Care Facilities in Flanders, Belgium. *Springer Sexuality and Disability* published. doi:10.007/S11195-019-09607-1
- Messelis, E. & Bauer, M. (2017). Sexuality Assessment Tool (SexAT). Beoordelingsinstrument voor de seksuele expressie van bewoners in woonzorgcentra. Uitgeverij Neno.
- Messelis, E., Van Houdenhove, E., & Van Velthoven, J. (2015). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg*. Brussel: Politeia.
- Meston, C. M. (1997). Aging and Sexuality. *Western Journal of Medicine*. 167(4). 285 – 290.
- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.
- Peel, E., & McDaid, S. (2015). *Over the rainbow. Lesbian, gay, bisexual and trans people and dementia project*. Worcester: University of Worcester.
- Reynolds, K.E. & Magnan, M.A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist* 19, 255-259.

- Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1970-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x
- Smith, J.A. (2015). *Qualitative Psychology: a practical guide of research methods*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Swinnen, A. (2011). *Seksualiteit en ouderen. Een multidisciplinaire benadering*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Symposium Seksuele Gezondheid, Eindrapport/18.02.2019. Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Tabak, N., & Shemesh-Kigli, R. (2006). Sexuality and alzheimer's disease: can the two go together? *Nursing Forum*, 158-166.
- Tarzia, L., Bauer, M., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2013). Interviewing older people in residential aged care about sexuality: difficulties and challenges. *Sexuality and Disability*, 361-371.
- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538–543. doi: 10.1093/ageing/afr04
- Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2018). Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.14680
- Træen B., Štulhofer A., Janssen E., Carvalheira A.A., Hald G.M., Lange T., & Graham C.. (2019). Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Archive of Sexual Behavior*. 48(3),815-829. doi: 10.1007/s10508-018-1256-x
- Van Assche, L. (2015). *Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit in de tweede levenshelft*. Amsterdam: Garant-Uitgevers nv.
- Van der Ploeg, A. (2017). *De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra*. Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Departement Neurowetenschappen Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen. Geraadpleegd op: <http://aditivzw.be/nl/documentatie/literatuur>

- Van Houdenhoven, E., Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2016). Seksualiteit in het woonzorgcentrum. Geraadpleegd op <https://sociaal.net/achtergrond/seksualiteit-in-het-woonzorgcentrum/>
- Verstraeten, M. (2012). Praten over seksualiteit: de negende vraag van Gordon. *Nursing*, 18 (3), 24-28.
- Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., & Celdrán, M. (2015). What Happens in Their Bedrooms Stays in Their Bedrooms: Staff and Residents' Reactions Toward Male-Female Sexual Intercourse in Residential Aged Care Facilities. *Journal of Sex Research*, 52(9), 1054-1063. doi:10.1080/00224499.2014.95988
- Vlaamse overheid (2017). De vergrijzing zet zich verder. Geraadpleegd op <https://www.statistiekvlaanderen.be/sites/default/files/docs/proj2018-vergrijzing.pdf>
- Vlaamse overheid (2016). Levensverwachting en vroegtijdige sterfte. Geraadpleegd op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/levensverwachting-en-vroegtijdige-sterfte-2016>
- Vrome A, Liekens G, Ferdy W. *Grijze goesting*. België: Standaard Boekhandel.
- Waite, L.J., Iveniuk, J., Laumann, E.O., & McClintock, M.K. (2017). Sexuality in Older Couples: Individual and Dyadic Characteristics. *Arch Sex Beh*, 605-618.
- Wiskerke, E., & Manthorpe, J. (2016). Intimacy between care home residents with dementia: findings from a review of the literature. *Dementia*.
- WHO (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA.
- Zorgbedrijf Antwerpen (2018). *Grijze Goesting*. Slovenië: DZS Grafik.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Toestemming gebruik SexAT



Ghent, 12-05-2019

M.Bauer@latrobe.edu.au

els.messelis@scarlet.be

### Concerns: Permission for use and adaptation of Flemish SexAT questionnaire

Dear Dr. Bauer and Mrs. Messelis,

I am a student from the University of Ghent, Belgium, enrolled in the course to obtain a degree in Sexology. Together with my fellow students we are writing our dissertation on sexuality in three types of residential care, as in care centers for the elderly, rehabilitation centres and residential psychiatric care. The dissertation committee is chaired by Prof. Dr. Elaut Els.

For example I participate in the part titled 'Seks op leeftijd: seksualiteitsbeleving bij ouderen in vlaamse woonzorgcentra' (Age-related sex: perception of sexuality among elderly in Flemish residential care centers).

Together we sought one global survey for directors of residential care facilities and would like to use your SexAT and his Flemish counterpart (Messelis, E. & Bauer, M. (2017) Sexuality Assessment Tool). Also we would like permission to adapt and match the specifics of the 3 subtypes in residential care.

I would like your permission to reproduce to use your survey instrument in our research study. I would like to use and print your survey under the following conditions:

- I will use this survey only for our research study and will not sell or use it with any compensated of curriculum development activities
- I will include the copyright statement on all copies of the instrument



- I will send my research study and one copy of reports, articles, and the like that make use of these survey data promptly to your attention.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by signing one copy of this letter and returning it to me either through postal mail or e-mail.

[REDACTED]

Elisabeth.Vanderstichele@janpalfijngent.be

Sincerely,

Vander Stichele Elisabeth

Sexologist in training

Geriatrician

## Bijlage 2: Voorbeeld van begeleidende brief voor deelnemers



WZC Sint-Jozef Moorsele  
Sint-Maartensplein 15  
8560 Wevelgem  
Gent, 13 november 2019

### **Betreft: Onderzoek naar beleid omtrent intimiteit en seksualiteit bij bewoners in Vlaamse woonzorgcentra**

Geachte meneer X, mevrouw Y,

Laat ons toe onszelf even kort voor te stellen. Wij zijn Elisabeth, Evelien, Marie en Steven, vier klinisch seksuologen in opleiding aan de UGent (opleiding Permanente Vorming Seksuologie). Voor deze opleiding maken we een eindwerk dat meer onderzoek wil voeren naar het beleid omtrent seksualiteit bij bewoners in Vlaamse woonzorgcentra. De doelgroep van ons onderzoek bestaat specifiek uit directieleden van WZC.

Dit onderzoek is niet mogelijk zonder participanten. Hierbij willen dan ook graag uw medewerking aan dit onderzoek vragen. Uit onze literatuurstudie blijkt dat de toekomstige generaties ouderen in woonzorgcentra, geboren na de seksuele revolutie, een meer open houding omtrent seksualiteit hebben en ook zullen verwachten op oudere leeftijd hun seksuele rechten uit te kunnen oefenen. Dat maakt ons onderzoek en dus ook uw bijdrage daaraan sterk maatschappelijk relevant.

In ons eindwerk bouwen wij deels verder op het onderzoek u misschien reeds kent van Els Messelis en Dr. Michael Bauer. We nemen de SexAT-vragenlijst uit hun onderzoek over en bouwen hierop verder. Ons onderzoek wil concreet nagaan of er een verband is tussen de attitude van beleidsmakers (in dit geval de directieleden van woonzorgcentra) t.o.v. seksualiteit en het al

dan niet aanwezig zijn van een kwalitatief beleid rond seksualiteit binnen de organisatie. Daarvoor vragen wij graag aan u om een online vragenlijst in te vullen, die enerzijds peilt naar uw kennis en attitude omtrent seksualiteit en anderzijds vraagt naar het beleid rond seksualiteit in uw woonzorgcentrum. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 25 minuten. Het invullen van de vragenlijst kan via volgende link: <https://nl.surveymonkey.com/r/LVVM6BH>. Uiteraard garanderen wij bij de verwerking van de resultaten volledige anonimiteit.

We nodigen u graag uit om het document in bijlage door te nemen. Dit geeft namelijk een bondig overzicht van de relevantie van ons onderzoek. We hopen alvast van harte dat u bereid bent hiervoor even tijd vrij te maken.

Indien u nog verdere vragen heeft, aarzel niet om ons te contacteren via onderstaande gegevens.

E: [evsevs30@hotmail.com](mailto:evsevs30@hotmail.com)

T: [REDACTED]

Hoogachtend,

Dr. Elisabeth Vander Stichele, internist-geriater

Evelien Muylaert, psycholoog

Marie Vanackere, psycholoog

Steven Carron, psycholoog

## Bijlage 3: Overzichtsdocument voor deelnemers



### Seks en ouderen

#### Wat zegt de literatuur?

Tegen 2027 288.000 meer 60 plussers dan in 2017

Seksualiteit is belangrijk aspect van Quality of Life

Seksualiteit is centraal aspect van menselijk leven

Belang van onderzoek naar seksuele gezondheid bij bewoners van woonzorgcentra

Seksuele interesse blijft bestaan op hoge leeftijd

Geen vervaldatum op opwinding

Passie daalt met leeftijd, intimiteit stijgt met leeftijd

Seksuele rechten van de mens, ook voor bejaarde

Nieuwe generatie WZC-bewoners, de generatie na de seksuele revolutie

Stereotiep beeld over asexuele oudere

Negatieve attitude ten aanzien van seks bij ouderen

Ageism: discriminatie van ouderen

Mensen veranderen niet wezenlijk, enkel de verpakking

Nood aan intimiteit

Nood aan fysiek contact

## Bijlage 4: Voorbeeld van herinneringsbrief voor deelnemers



WZC Sint-Jozef Moorsele  
Sint-Maartensplein 15  
8560 Wevelgem  
Gent, XX XX 2019

### **Betreft: Onderzoek naar beleid omtrent intimiteit en seksualiteit bij bewoners in Vlaamse woonzorgcentra**

Geachte meneer X, mevrouw Y,

Een tijd terug contacteerden wij u om deel te nemen aan ons onderzoek. Wij hopen van harte dat u reeds de vragenlijst invulde. Alvast hartelijk dank indien u dit reeds deed; u mag dan ook deze e-mail negeren. Mocht u de vragenlijst nog niet ingevuld hebben, dan nodigen wij u graag nogmaals uit om deel te nemen aan het onderzoek.

Uw bijdrage aan het onderzoek is namelijk erg belangrijk. Enerzijds om onze onderzoeksresultaten zo objectief mogelijk te maken. Anderzijds is uw bijdrage maatschappelijk relevant omdat het de zorgbehoefte van de doelgroep ouderen helpt in kaart brengen.

Daarvoor vragen wij graag aan u om de online vragenlijst in te vullen, die enerzijds peilt naar uw kennis en attitude omtrent seksualiteit en anderzijds vraagt naar het beleid rond seksualiteit in uw woonzorgcentrum. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 25 minuten en u kan tussentijds uw antwoorden online opslaan. Het invullen van de vragenlijst kan via volgende link: <https://nl.surveymonkey.com/r/LVVM6BH>. Uiteraard garanderen wij bij de verwerking van de resultaten volledige anonimiteit.

Indien u nog verdere vragen heeft, aarzel niet om ons te contacteren via onderstaande gegevens. Wenst u niet deel te nemen aan het onderzoek en deze mails niet langer te ontvangen? Gelieve ons dan via kerende mail te verwittigen. Dank bij voorbaat.

E: evsevs30@hotmail.com

T: [REDACTED]

Hoogachtend,

Elisabeth Vander Stichele

Evelien Muylaert

Marie Vanackere

Steven Carron



## **Bijlage 5: Informed Consent voor deelnemers**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

### **1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE**

De dienst Centrum voor Seksuologie en Gender UZ Gent voert een onderzoek uit naar seksualiteit en intimiteit binnen residentiële settingen

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 à 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Els Elaut.

### **2. TOESTEMMING EN WEIGERING**

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

### 3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten inzake het beleid omtrent seksualiteit in residentiële zorginstellingen.

### 4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

### 5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier).. Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende



minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof dr. Els Elaut. Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## 6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (KBC Insurance NV; Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven; Tel: +32 16 24 55 81; polisnummer W8/28963726/0100).

## **Bijlage 6: Lijst Contactgegevens Vlaamse Woonzorgcentra**

Uit ecologische overwegingen, kiezen we ervoor deze bijlage toe te voegen in de vorm van online beschikbare bestanden.

- Woonzorgcentra in de provincie Antwerpen: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_burst\\_def\\_-\\_ADRESSEN\\_WZC-\\_PROVINCIE\\_Antwerpen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC-_PROVINCIE_Antwerpen.pdf).
- Woonzorgcentra in de provincie Limburg: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_burst\\_def\\_-\\_ADRESSEN\\_WZC-\\_PROVINCIE\\_Limburg.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC-_PROVINCIE_Limburg.pdf).
- Woonzorgcentra in de provincie Oost-Vlaanderen: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_burst\\_def\\_-\\_ADRESSEN\\_WZC-\\_PROVINCIE\\_Oost-Vlaanderen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC-_PROVINCIE_Oost-Vlaanderen.pdf).
- Woonzorgcentra in de provincie Vlaams-Brabant: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_burst\\_def\\_-\\_ADRESSEN\\_WZC-\\_PROVINCIE\\_Vlaams-Brabant.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC-_PROVINCIE_Vlaams-Brabant.pdf).
- Woonzorgcentra in de provincie West-Vlaanderen: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_burst\\_def\\_-\\_ADRESSEN\\_WZC-\\_PROVINCIE\\_West-Vlaanderen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC-_PROVINCIE_West-Vlaanderen.pdf).

## Bijlage 7: Vragenlijsten

### Deel 1 – Algemene gegevens en seksualiteitscultuur binnen de organisatie

In dit onderdeel worden u algemene gegevens gevraagd. De open vragen kunt u gewoon invullen en bij de multiple choice vragen kunt u het gepaste antwoord aankruisen.

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

2. Bent u

- man
- vrouw
- anders omschreven  
(transpersoon, non binair,  
...)

3. Vindt u zichzelf religieus?

- Ja
- Nee

4. Zo ja, tot welke religieuze overtuiging behoort u?

- Katholicisme
- Protestantisme
- Reformisme
- Islam
- Hervormd
- anders,  
nl.....

5. Zo ja, neemt u actief deel aan het kerkelijke leven?

- Ja
- Nee

6. Hoeveel jaren werkervaring heeft u in de ouderenzorg?

.....jaar

7. Bent u een vaste aanspreekpersoon voor uw bewoners? • Ja  
• Nee
8. Hebt u in uw opleiding tot uw huidige beroep scholing gekregen over seksualiteit? • Ja  
• Nee
9. Hebt u bijscholing gehad op het gebied van seksualiteit? • Ja  
• Nee
10. Hoe vaak bent u in de afgelopen vier weken getuige geweest van seksualiteit van of tussen bewoners? .....keer
11. Bent u op een negatieve manier getuige geweest van seksualiteit van bewoners? • Ja  
• Nee
12. Hoe vaak hebt u in de afgelopen vier weken van een bewoner een vraag gehad over seksualiteit? .....keer
13. Hoe vaak hebt u in de afgelopen vier weken zelf het onderwerp seksualiteit aan de orde gesteld bij een bewoner? .....keer

14. Hoe vaak hebt u in de afgelopen vier weken een bewoner verwezen of geadviseerd contact op te nemen met een andere discipline? (bijvoorbeeld de behandelaar of een seksuoloog) .....keer
15. Hoe vaak hebt u de afgelopen vier weken met uw collega's binnen uw team of uw disciplinegroep gesproken over seksuele problemen van uw bewoners? .....keer
16. Zijn er voldoende mogelijkheden om seksuele problemen van bewoners met collega's binnen uw team of uw disciplinegroep te kunnen bespreken?
- beslist te weinig
  - te weinig
  - voldoende
  - te veel
  - beslist te veel
17. Hoe vaak hebt u de afgelopen vier weken met een andere discipline gesproken over seksuele problemen van uw bewoners? .....keer
18. Hebt u voldoende gespreksvaardigheid om seksuele problemen goed met bewoners te kunnen bespreken?
- beslist te weinig
  - te weinig
  - voldoende
  - te veel
  - beslist te veel

19. Bent u voldoende in staat om eventuele seksuele problemen van bewoners te herkennen?
- beslist te weinig
  - te weinig
  - voldoende
  - te veel
  - beslist te veel

### Deel 2 – Kennis over seksualiteit

De volgende vragen gaan over wat u weet over verschillende onderwerpen die met seksualiteit te maken hebben. Geef u alstublieft op een schaal van 1 – 4 uw huidig kennisniveau aan in relatie tot ouderen (specifiek: bewoners van woonzorgcentra).

		Mijn kennis	Mijn kennis op dit gebied	Mijn kennis op dit gebied	Mijn kennis op dit gebied
		ik is niets van	is beperkt	is voldoende	is uitstekend
1. De anatomie en werking van de geslachtsorganen	1	2	3	4	
2. Posities bij het hebben van seks	1	2	3	4	
3. Het omgaan met incontinentieproblemen tijdens seks	1	2	3	4	

4.	Hulpmiddelen en medicijnen om een erectie te kunnen krijgen	1	2	3	4
5.	Vruchtbaarheidsbehandelingen	1	2	3	4
6.	Anticonceptie bij mannen en vrouwen	1	2	3	4
7.	Seksuele vraagstukken bij ouderen	1	2	3	4
8.	Omgaan met mensen met een andere seksuele geaardheid dan de uwe	1	2	3	4
9.	Veranderingen in de beleving van de eigen seksuele identiteit als gevolg van een chronische ziekte of handicap (gevoel van eigenwaarde, lichaamsbeleving en seksualiteit)	1	2	3	4
10	Een relatie beginnen (flirten en dates)	1	2	3	4

11 Communicatie in de relatie

. 1 2 3 4

12 Omgaan met ongewenst gedrag

. 1 2 3 4

13 Methoden van counseling over

. seksualiteit 1 2 3 4

14 Professionele vraagstukken

. met betrekking tot seksuele  
revalidatie 1 2 3 4

**Deel 3 – Attitude ten opzichte van seksualiteit bij bewoners**

Bij het invullen van de volgende vragen neemt u uw huidige werksituatie en de bewoners waarmee u werkt in gedachten. Achter iedere uitspraak staan 6 cijfers. Kruis het cijfer aan, dat uw opvattingen het beste weergeeft. Waar hulpverlener staat, kunt u uw eigen functie in gedachten nemen.

Volledig  
mee  
oneens

Volledig  
mee eens

1. Praten over seksualiteit

is essentieel voor de 1 2 3 4 5 6  
gezondheidstoestand  
van de bewoner.



2. Ik begrijp dat ziektes en behandelingen van mijn bewoners mogelijk een effect hebben op hun seksualiteit.
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|
3. Ik voel me ongemakkelijk als ik praat over seksuele onderwerpen.
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|
4. Ik voel mij meer op mijn gemak wanneer ik praat over seksuele onderwerpen dan de meeste hulpverleners met wie ik werk.
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|
5. De meeste bewoners zijn te ziek om geïnteresseerd te zijn in seksualiteit.
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|
6. Ik maak tijd vrij om met mijn bewoners te praten over hun seksuele zorgen.
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|

7. Wanneer bewoners mij  
 een seksueel 1 2 3 4 5 6  
 gerelateerde vraag  
 stellen, adviseer ik ze  
 dit met hun behandelaar  
 te bespreken.
8. Ik heb vertrouwen in  
 mijn vermogen de 1 2 3 4 5 6  
 seksuele zorgen van  
 mijn bewoners aan de  
 orde te stellen.
9. Seksualiteit is een te  
 persoonlijk onderwerp 1 2 3 4 5 6  
 om met mijn bewoners  
 te bespreken.
- 10 Een bewoner  
 toestemming geven om 1 2 3 4 5 6  
 over zijn/haar seksuele  
 zorgen te praten, is een  
 verantwoordelijkheid  
 van de hulpverlener.
- 11 Er zou alleen over  
 seksualiteit gepraat 1 2 3 4 5 6  
 moeten worden als de  
 bewoner het onderwerp  
 aankaart.

- 12 Bewoners verwachten van hulpverleners, dat ze naar hun seksuele zorgen vragen.
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

#### **Deel 4 - Nederlandse Sexuality Assessment Tool (SexAT)**

Alle vragen in dit onderdeel worden beantwoord met een keuze tussen 'ja', 'neen' of 'soms.

##### ***Beleid.***

De organisatie heeft richtlijnen waarbij expliciet wordt gesteld dat:

1. Zij het recht erkent van alle bewoners om hun seksualiteit te uiten en zij ondersteunt deze uitdrukking mits het geen inbreuk maakt op de rechten van anderen.
2. Bewoners het recht hebben op privacy ten aanzien van hun seksualiteit.
3. De documenten i.v.m. de zorgplanning vragen bevatten inzake de wensen die een bewoner heeft m.b.t. persoonlijk voorkomen, verzorging en kledij.
4. De documenten i.v.m. de zorgplanning vragen bevatten die polsen naar de wens van de bewoner om zijn noden inzake seksualiteit en intimiteit te bespreken met daartoe adequaat opgeleid personeel.
5. Voor bewoners zonder cognitieve stoornissen de informatie en de beslissingen - over hoe seksualiteit wordt beleefd - behandeld wordt in vertrouwen en niet besproken wordt met de familieleden tenzij op verzoek van de bewoner.
6. Bewoners voorzien moeten worden van bordjes 'niet storen' die ze voor hun deur kunnen hangen (met uitzondering van situaties waar het onpraktisch of onmogelijk is omwille van medische redenen).
7. Het personeel moet kloppen en op toestemming van de bewoner wachten vooraleer de kamer binnen te gaan, uitgezonderd in situaties waar reëel gevaar is of waar reëel gevaar vermoed kan worden.

8. Het personeel de kamer van een bewoner niet zal binnengaan als er een ‘niet storen’ bordje op de deur hangt, behalve bij noodsituaties (bv. brand, inbraak, bewoner die belt, medische kwestie).
9. Het gebruik van discriminerende/seksistische/leeftijdscriminerende/homofobe taal of gedragingen door personele, familie, bezoekers of bewoners niet aanvaardbaar is.
10. Het personeel aan de bewoners hetzelfde niveau van hulp aanbiedt bij de persoonlijke/intieme hygiëne die verband houdt met de seksuele activiteit (bv. het opruimen van sperma) als de hulp die wordt aangeboden voor andere activiteiten van het dagelijks leven (bv. toiletgebruik).
11. Bewoners die hun rechten willen uitoefenen om seksuele hulpmiddelen, apparatuur of seksuele beelden te gebruiken, daarbij zullen ondersteund worden om dit te doen in de beslotenheid van hun eigen kamers.
12. Bewoners die toegang willen tot de diensten van een sekswerker ondersteund worden om dit te doen.
13. Passende bemiddeling/begeleiding/vorming zal worden gezocht om familie te ondersteunen bij het begrijpen van de rechten van een persoon met cognitieve stoornis daar waar de wensen van de familie botsen met de wensen of de interesses van de bewoner.
14. Er steun zal worden verleend aan die personeelsleden die zich ongemakkelijk voelen bij de seksuele expressie van een bewoner.
15. Er steun zal worden verleend aan die familieleden die zich ongemakkelijk voelen bij een seksuele expressie van een bewoner, dit op een manier die zij kunnen begrijpen.

### ***Het bepalen van de noden van de oudere persoon.***

1. De organisatie maakt gebruik van een seksualiteitsbeoordelingsinstrument voor opgeleide personeelsleden om de noden inzake seksuele beleving van de bewoners te identificeren.
2. Veranderingen in de seksuele expressie of gedragingen van bewoners - die een inbreuk zijn op de rechten van anderen (ontremd gedrag, obscene gebaren, ongewenst contact, beledigend gedrag, stalking, seksuele intimidatie, ...) - worden gedocumenteerd en mogelijke oorzaken van dergelijk gedrag worden onderzocht.
3. Bewoners krijgen de mogelijkheid om de effecten van hun medicatiegebruik op hun seksuele beleving te allen tijde te bespreken.

4. Bewoners krijgen de kans om met goed opgeleid personeel te bespreken hoe tevreden ze zijn met de steun die ze ontvangen inzake het beleven van hun seksualiteit en alles dat hier invloed op kan hebben (zoals continëntie, pijn, gebrek aan kansen).
5. Bewoners wordt gevraagd hoe tevreden ze zijn met hun persoonlijke voorkomen en de manier waarop ze 'gestyled' worden. Er worden mogelijkheden aangeboden om hun persoonlijke styling te bespreken, te wijzigen of aan te passen.
6. Bewoners wordt gevraagd of ze tevreden zijn met hun mogelijkheden om in contact te treden met anderen.
7. De inlichtingenbrochures van de organisatie indiceren dat de seksuele rechten van de bewoners worden ondersteund (ook voor die bewoners die zich identificeren als homoseksueel, lesbisch, transgender of intersekse).

### ***Opleiding en training personeel.***

De organisatie voorziet opleiding voor verschillende niveaus van het personeel rond:

1. Persoonlijkheid en seksualiteit.
2. Vergrijzing, ouder worden en seksualiteit.
3. De impact van dementie op de seksuele expressie.
4. Seksuele gezondheid, met inbegrip van seksueel overdraagbare aandoeningen, veilig vrijen en ouder worden.
5. Risicomanagement (fysisch/emotioneel) voor bewoners die hun seksualiteit willen uitdrukken.
6. Het omgaan met verschillen of conflicten tussen de wensen van de familie en de wensen van bewoners inzake seksuele expressie.
7. Welke vormen van discriminatie er bestaan op basis van seksuele oriëntatie of seksuele identiteit.
8. Kwesties inzake instemming en beslissingsbekwaamheid van bewoners met dementie of andere cognitieve stoornissen m.b.t. hun seksuele expressie.
9. Benaderingen om te voorzien in privacy en/of het belang van privacy te ondersteunen bij het beleven van het seksueel functioneren.
10. De specifieke neveneffecten van bepaalde medicatie op de seksuele expressie.
11. Competentiestandaarden van de organisatie om de kennis bij het personeel rond het bestaan van richtlijnen en procedures m.b.t. seksuele expressie te evalueren.

12. Er bestaat een educatief programma voor staff en management met strategieën/hulpmiddelen voor het ondersteunen van personeel bij kwesties rond seksuele expressie.
13. Richtlijnen van de organisatie voor het personeel inzake wat aanvaardbare/ongepaste uitingen van seksueel gedrag bij bewoners zijn (bv. masturberen in de kamer versus masturberen in het openbaar).
14. Het personeel wordt getraind om onderscheid te kunnen maken tussen uitingen van seksueel gedrag bij een bewoner of gedragingen die uitingen zouden kunnen zijn van andere onvervulde behoeftes (bv. pijn, warm hebben, ...).
15. Richtlijnen voor het personeel voorzien rond gepast en ongepast niveau van assistentie dat geboden kan worden aan een bewoner bij de expressie van zijn seksualiteit.
16. Het personeel wordt training aangeboden in het ontwikkelen van communicatievaardigheden die hen zullen ondersteunen bij het beantwoorden van vragen van bewoners en familieleden op het vlak van de topic seksualiteit.
17. Schriftelijke informatie (bv. protocollen, richtlijnen, trainingspakketten op het internet/intranet, links internet) die te allen tijde beschikbaar is voor het personeel, om hen te ondersteunen in het omgaan met de seksuele expressie van de bewoners.
18. Samenvattingen voor personeel inzake relevante wetgeving met betrekking tot privacy, voorgedij en de rechten van de bewoners in algemene zin.
19. De attitudes van het personeel t.a.v. de seksuele expressie van de bewoners worden gemeten voor en na elke opleiding.
20. Competentiestandaarden van de organisatie voor het personeel dat gekwalificeerd is om gesprekken te voeren en informatie te verzamelen over seksualiteit.
21. Competentiestandaarden van de organisatie om het personeel te evalueren in het respecteren van de rechten van bewoners tot seksuele expressie.

***Informatie voor en ondersteuning van oudere volwassenen.***

1. Inwoners worden geïnformeerd over welke medewerker zij kunnen/moeten benaderen om gelijk welk aspect van hun seksuele expressie te bespreken.
2. De organisatie heeft een opgeleide medewerker aangewezen die in staat is om begeleiding te geven aan bewoners inzake hun seksuele beleving, dit op een manier die de bewoners kunnen begrijpen en die afgestemd is op hun persoonlijke noden.
3. De organisatie heeft geschreven informatie ter beschikking voor bewoners, zoals: informatieboeken, protocollen, richtlijnen, ... in een opmaak die zij kunnen begrijpen.

- a. Deze informatie bevat volgende items:
  - i. Soa's en seksuele gezondheid.
  - ii. Wat seksuele instemming omvat.
  - iii. Wat seksueel geweld omvat.
  - iv. Wat onder discriminatie op basis van seksuele oriëntatie of identiteit verstaan wordt.
  - v. Hun rechten tot seksuele expressie.
4. Indien gewenst, biedt de organisatie de bewoners mondelinge of schriftelijke informatie over seksuele hulpmiddelen/glijmiddel/condooms/audiovisuele hulpmiddelen.
5. De organisatie biedt de bewoners verbale en schriftelijke informatie aan over wie ze moeten benaderen indien ze het gevoel hebben mis(be)handeld of gediscrimineerd te worden.

#### ***Informatie voor en ondersteuning van families.***

1. Vorming wordt aangeboden aan families over de seksuele rechten van ouderen volwassenen.
2. De organisatie heeft opgeleid personeel aangeduid om families te ondersteunen in het aanvaarden van de seksuele beleving van de bewoners, op een manier dat ze dit kunnen begrijpen en aangepast aan hun eigen individuele noden.
3. Schriftelijke informatie (bv. boeken, protocollen, richtlijnen) wordt aangeboden om families bij te scholen over ouderen en de expressie van seksualiteit, op een manier die zij kunnen begrijpen.

#### ***De fysieke omgeving.***

1. De organisatie voorziet private ruimtes voor de bewoners.
2. De organisatie voorziet de mogelijkheid voor bewoners tot seksuele expressie in een sociale setting (bv. bals, feestjes, cocktailparty).
3. Bewoners hebben de mogelijkheid om expliciet seksueel materiaal aan te vragen om te gebruiken in de privésfeer van hun kamers (bv. dvd's, tijdschriften, ...).
4. Tweepersoonskamers of aanpalende kamers zijn ter beschikking voor die bewoners die als een koppel willen samenwonen.
5. Dubbele bedden zijn beschikbaar voor de bewoners.
6. Privacymaatregelen zijn beschikbaar voor personen die een kamer delen doch geen koppel zijn (bv. gordijn, verdeler).

### ***Veiligheids- en risicomanagement.***

1. Indien de seksuele expressie van de bewoner inbreuk maakt op de rechten van anderen of indien anderen zich lastiggevoelen, dan zal de organisatie de oorzaak van de pesterijen bepalen en manieren zoeken om te voorkomen dat dergelijke zaken zich nog zullen voordoen.
2. De organisatie gebruikt geen chemische of fysieke beperkingen om de seksuele expressie te beheersen, uitgezonderd in een crisissituatie waarbij het risico om schade te berokkenen aan andere bewoners of personeel aan de orde is.
3. De organisatie heeft een geïndividualiseerd activiteitenprogramma dat zinvol is voor bewoners met dementie die gedrag vertonen dat indruist tegen de rechten van anderen (bv. andere bewoners vastgrijpen, masturbatie in het openbaar).
4. Daartoe opgeleid personeel beoordeelt of een bewoner met dementie in staat is om akkoord te gaan/in te stemmen met seksuele intimiteit, dit afhankelijk van periode tot periode.
5. Medewerkers worden beoordeeld op hun kennis van de huidige wetgeving rond seksueel geweld en of er in bepaalde situaties verplichte rapportering noodzakelijk is.
6. Een risicoanalyse wordt uitgevoerd onder bewoners om iedere veiligheidskwesitie, verbonden met seksuele expressie, te bepalen (bv. valrisico, moeite om in/uit bed te komen, pijn, andere gezondheidsproblemen).
7. Medewerkers worden opgeleid om signalen te herkennen van het feit of er seksueel geweld of misbruik aanwezig is bij een bewoner.
8. Medewerkers zijn in staat om signalen van ongewenst seksueel contact te herkennen.

### ***Tot slot.***

Wenst u nog iets toe te voegen aan dit onderzoek?