

HET TABOE VOORBIJ

Een kwalitatieve exploratie van attitudes en ervaringen rond seksualiteit en seksuele dienstverlening in thuis- en thuisvervangende settings

Promotor: prof. dr. Paul ENZLIN
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Instituut voor Familiale en Seksuologische wetenschappen

Copromotor: dr. Liesbeth Van Humbeeck
Afdeling Geriatrie
UZ Gent

Werkbegeleider: dra. Charlotte Boven
Afdeling Geriatrie
UZ Gent

Mano Peeters

Masterproef aangeboden tot het behalen van de graad van Master in de seksuologie

HET TABOE VOORBIJ

Een kwalitatieve exploratie van attitudes en ervaringen rond seksualiteit en seksuele dienstverlening in thuis- en thuisvervangende settings

Promotor: prof. dr. Paul ENZLIN
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Instituut voor Familiale en Seksuologische wetenschappen

Copromotor: dr. Liesbeth Van Humbeeck
Afdeling Geriatrie
UZ Gent

Werkbegeleider: dra. Charlotte Boven
Afdeling Geriatrie
UZ Gent

Mano Peeters

Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de seksuologie

© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus gasthuisberg ON2, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Mano Peeters, Het taboe voorbij. Een kwalitatieve exploratie van attitudes en ervaringen van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening in thuis- en thuisvervangende settings.

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, juni 2023.

Promotor: prof. dr. Paul Enzlin, copromotor: dr. Liesbeth Van Humbeeck en werkbegeleider: dra. Charlotte Boven

Deze masterproef exploreert de ervaringen van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening in de thuis- en thuisvervangende settings. Meer specifiek focust dit onderzoek zich op de attitude van zorgverleners met betrekking tot bovenstaande thema's én op mogelijke drempels en facilitatoren om seksualiteit en seksuele dienstverlening voor thuiswonende en opgenomen ouderen mogelijk te maken.

In een eerste deel wordt er in een literatuurstudie stilgestaan bij een aantal belangrijke definities en bij een aantal mythes en stereotypen rond seksualiteit bij ouderen. Daarna wordt een blik geworpen op de seksualiteitsbeleving bij ouderen met aandacht voor positieve en negatieve aspecten van seksualiteit. Vervolgens wordt seksualiteit binnen een thuis- en thuisvervangende setting besproken met aandacht voor het beleid, attitude van zorgverleners en mogelijke barrières en facilitatoren. Als laatste komt seksuele dienstverlening aan bod en wordt er stilgestaan bij het verschil met regulier sekswerk.

Het tweede deel van deze masterproef beschrijft de methoden. Er wordt stilgestaan bij de keuze voor een kwalitatieve onderzoekszet en de afname van focusgroepen. Verder is er aandacht voor de rekrutering van de participanten, dataverzameling en analyse. Ten slotte wordt er stilgestaan bij de kwaliteitsvereisten binnen dit onderzoek.

In het derde deel worden de resultaten van de thematische analyse van wat de deelnemers in de focusgroepen vertelden, gepresenteerd. Aan de hand van een codeboom worden de thema's die aan bovenstaande onderzoeksvragen werden gelinkt, besproken. Voor elk van deze thema's worden de huidige stand van zaken en mogelijke barrières of facilitatoren toegelicht.

Het vierde deel van de masterproef bestaat uit de discussie van de onderzoeksresultaten. De belangrijkste resultaten worden met de reeds bestaande literatuur samengebracht met aandacht voor overeenkomsten en verschillen. Verder wordt een aantal kritische bedenkingen m.b.t. het huidige onderzoek aangehaald. Afsluitend worden er enkele suggesties voor toekomstig onderzoek en beleid geformuleerd.

Concluderend kan worden gesteld dat hoewel de aandacht voor seksualiteit binnen de thuis- en thuisvervangende setting groeiende is er niettemin toch nog veel uitdagingen zijn. Tot op heden moet de vraag van de ouderen zelf komen. Om een antwoord te kunnen bieden op de besproken uitdagingen zijn duidelijke samenwerkingsverbanden, wijzigingen in de infrastructuur, een duidelijk beleid en opleidingsmogelijkheden noodzakelijke eerste stappen.

Mano Peeters, Beyond the taboo. A qualitative exploration of healthcare providers' attitudes and experiences of sexuality and sexual services in home- and homecare settings.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in Sexology, June 2023

Promotor: prof. dr. Paul Enzlin, copromotor: dr. Liesbeth Van Humbeeck and supervisor: dra. Charlotte Boven

This master's thesis explores caregivers' experiences with sexuality and sexual services within home and homecare settings. More specifically, this study focuses on gaining a better insight in healthcare providers' attitudes about the abovementioned topics, and on possible barriers and facilitators that may (not) enable elderly to experience sexuality or make use of sexual services.

The first part consists of a review of the literature focusing on several important definitions and the possible influences of myths and stereotypes on sexuality and the elderly. Then, positive and negative aspects related to sexuality are reported. Moreover, a state of the art on sexuality within a home(care) setting is discussed, with attention for current policies, attitudes of healthcare providers, and possible barriers and facilitators. Finally, sexual services are discussed while highlighting the differences with regular sex work.

The second part of this master's thesis concerns the methods, in which the choice for a qualitative research design and focus groups are discussed next to the recruitment of participants, data collection and - analysis. Finally, the quality requirements used within this study are discussed.

The third part presents the findings resulting from a thematic analysis of the focus group data supported by a coding tree. The abovementioned research questions are answered by commonly emergent themes within this study. For each theme, the current status of implementation and possible barriers or facilitators are discussed.

The fourth part of this master's thesis contains the discussion, in which similarities and differences between the main results and previous research are reported. Finally, some critical remarks of the current study and suggestions for future research and policy are included.

Finally, the conclusion states that sexuality and sexual services are becoming increasingly important within home care and homecare settings despite there are still numerous challenges. Nonetheless, the current implementation requires the elderly to take initiative. Changes in infrastructure, staff's attitudes and collaborations may reduce the experienced barriers by healthcare providers and elderly.

Woord vooraf

Deze tweejarige masterproef heeft ervoor gezorgd dat ik mezelf kon verdiepen in wetenschappelijk onderzoek, alsook mijn eigen onderzoek op te starten. Het was voor mij een eerste masterproef, waardoor er ook enkele uitdagingen op mijn pad kwamen. Desondanks dat dit thema niet mijn eerste keuze genoot, heb ik ontdekt dat dit thema zeer interessant en leerrijk is. Het hele schrijfproces vormt een mooie afronding van mijn opleiding seksuologie en heeft gezorgd voor een verruiming van mijn onderzoeksvaardigheden en persoonlijke kennis.

Bij het schrijven van dit werk zijn er een aantal personen die ik graag zou willen bedanken.

Allereerst gaat mijn dank uit naar mijn werkbegeleider dra. Charlotte Boven voor de intense samenwerking. Ze zette mij aan kritisch naar mijn eigen onderzoek te kijken en te trachten dit tot een hoger niveau te tillen. Zij gaf mij regelmatige feedback en de nodige bemoedigende woorden tijdens dit proces.

Verder gaat mijn dank uit naar dr. Liesbeth Van Humbeeck om ervoor te zorgen mijn blik bij te scherpen en mij te ondersteunen bij het proces van de ethische commissie aan het Universitair ziekenhuis Gent.

Vervolgens wil ik mijn promotor professor Paul Enzlin bedanken voor de feedback en om steeds een antwoord op mijn vragen te kunnen bieden.

Daaropvolgend wil ik mijn participanten van harte bedanken om in hun drukke agenda een moment te vinden om deel te nemen aan één van de focusgroepen. Ze gaven me een kijk in hun beleving en ideeën, wat ervoor zorgde dat ik naast theorie mijn masterproef ook van praktijk kon voorzien. Dit heeft er bovendien ook voor gezorgd dat mijn kennis omtrent de praktijk verruimd werd.

Als vijfde wens ik graag Matthias Borremans van Aditi vzw te bedanken. Dankzij zijn feedback kon ik mijn literatuurstudie rond het deel over Aditi vzw verder uitdiepen en verfijnen.

Als laatste wil ik graag mijn dankbaarheid uiten aan mijn familie, vriendinnen en vriend, en in het bijzonder aan mijn mama. Zij wisten steeds de juiste motiverende woorden te vinden en waren een blijvende steun tijdens dit proces. Naast de steun die ik van hen ontving kon ik ook steeds bij hen terecht met vragen, onzekerheden en voor het nalezen van mijn masterproef.

Bedankt!

Mano Peeters, 30 mei 2023

Inhoudsopgave

Lijst van tabellen	VIII
Lijst van figuren.....	IX
1 Literatuurstudie.....	1
1.1 <i>Definities</i>	2
1.1.1 Seksualiteit	2
1.1.2 Seksuele gezondheid	3
1.1.3 Intimiteit	3
1.1.4 Seksuele rechten.....	4
1.1.5 Seksuele dienstverlening	5
1.2 <i>Ouderen en seksualiteit</i>	5
1.2.1 Mythes en stereotypen	5
1.2.2 Seksualiteitsbeleving.....	7
1.2.2.1 Seksuele respons.....	8
1.2.2.2 Disfuncties.....	9
1.2.2.3 Leeftijdsgelateerde veranderingen bij de man	10
1.2.2.4 Leeftijdsgelateerde veranderingen bij de vrouw	11
1.2.2.5 Beoordeling van seksualiteit	11
1.2.3 Positieve en negatieve aspecten van seksualiteit	12
1.3 <i>Thuis- en thuisvervangende setting</i>	14
1.3.1 Cijfers	14
1.3.2 Seksualiteit binnen thuis- en thuisvervangende setting	14
1.3.2.1 Ouderen	15
1.3.3 Beleid	16
1.3.4 Attitude en perceptie	18
1.3.5 Barrières, uitdagingen en facilitatoren.....	19
1.3.5.1 Privacy	20
1.3.5.2 Attitude.....	20
1.3.5.3 Uitdagingen.....	20
1.4 <i>Aditi vzw</i>	21
1.4.1 Seksuele dienstverlening	22
1.4.2 Seksueel dienstverlener	24
1.4.3 Uitdagingen	24
1.5 <i>Probleemanalyse en Onderzoeksvraag</i>	25
2 Methoden	26

2.1	<i>Methodologische verantwoording</i>	26
2.2	<i>Onderzoeksprocedure</i>	26
2.2.1	Opzet van de steekproef.....	26
2.2.1.1	Onderzoeksvragen.....	26
2.2.1.2	Operationalisering.....	27
2.2.1.3	Participanten.....	27
2.2.1.3.1	Inclusiecriteria.....	28
2.2.1.3.2	Klinische en demografische gegevens.....	28
2.2.2	Dataverzameling.....	30
2.2.3	Data-analyse.....	31
2.3	<i>Kwaliteitsvereisten bij kwalitatief onderzoek</i>	32
2.3.1	Betrouwbaarheid.....	32
2.3.2	Interne validiteit.....	32
2.3.3	Generaliseerbaarheid.....	33
2.4	<i>Ethische verantwoording</i>	34
3	Resultaten	35
3.1	<i>Thema één: privacy</i>	37
3.1.1	Werking binnen setting.....	37
3.1.2	Infrastructuur.....	38
3.2	<i>Thema twee: openheid</i>	39
3.2.1	Bespreekbaarheid.....	39
3.2.2	Veiligheid.....	43
3.3	<i>Thema drie: Competentie</i>	44
3.3.1	Kennis.....	45
3.3.2	Opleiding.....	47
3.4	<i>Thema vier: beleid</i>	48
3.4.1	Beleid binnen thuis- en thuisvervangende setting.....	48
3.4.2	Beleid binnen België.....	50
3.5	<i>Thema vijf: samenwerkingen</i>	51
3.5.1	Intern.....	51
3.5.2	Extern.....	54
4	Discussie	56
4.1	<i>Discussie bij de centrale onderzoeksbevindingen</i>	56
4.1.1	Onderzoeksbevindingen bij de eerste onderzoeksvraag.....	56
4.1.2	Onderzoeksbevindingen wat betreft beleid.....	59

4.1.3	Onderzoeksbevindingen bij de tweede onderzoeksvraag	60
4.1.4	Andere bevindingen	64
4.2	<i>De waarden van huidig onderzoek en implicaties voor de praktijk...</i>	64
4.3	<i>Reflectie en beperkingen van het huidig onderzoek</i>	65
4.3.1	Steekproefopzet	65
4.3.1.1	Rekrutering en participanten	65
4.3.1.2	Onderzoeksbenadering.....	66
4.3.2	Dataverzameling	66
4.3.3	Data-analyse	67
4.4	<i>Suggesties voor toekomstig onderzoek</i>	68
4.5	<i>Suggesties m.b.t. het beleid</i>	69
5	Conclusie	70
6	Referenties	71
7	Bijlagen	78
	<i>Bijlage 1: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek (CME)</i>	78
	<i>Bijlage 2: Rekruteringsmail</i>	83
	<i>Bijlage 3: Rekruteringsflyer</i>	84
	<i>Bijlage 4: Informatie mail focusgroepen</i>	85
	<i>Bijlage 5: Herinneringsmail</i>	87
	<i>Bijlage 6: Informed Consent</i>	88
	<i>Bijlage 7: Topic Guide</i>	94
	<i>Bijlage 8: Codeboom</i>	101
	<i>Bijlage 9: Framework</i>	102

Lijst van tabellen

Tabel 1: Persoonsgegevens participanten	29
---	----

Lijst van figuren

Figuur 1: Seksuele responscyclus Masters en Johnson	9
Figuur 2: Regulatieve cyclus Van Strien	16
Figuur 3: Schematische weergave resultaten	36

1 Literatuurstudie

Wanneer men de geschiedenis bekijkt op vlak van seksualiteit, ziet men dat onderzoek zich vooral richt op de risico's en gevaren van seksualiteit. Enkele voorbeelden hiervan zijn seksueel overdraagbare aandoeningen, onbedoelde zwangerschappen en seksueel geweld. In het laatste decennium is er een groeiende aandacht binnen onderzoek naar de positieve aspecten van seksualiteit. Denk hierbij aan seksuele bevrediging, gevoel van eigenwaarde en seksueel genot (Anderson, 2013). Toch valt op dat onderzoek rond ouderen met betrekking tot seksualiteit eerder beperkt is. DeLamater (2021) geeft weer dat het onderzoek dat beschikbaar is zich focust op disfuncties in het seksueel functioneren. Dit is mogelijks toe te schrijven aan *age-ism*, wat een vorm van discriminatie is op grond van leeftijd (Gijs et al., 2018, pp. 159-160).

Zowel seksualiteit, intimiteit als seksuele identiteit zijn focuspunten in een betekenisvol persoonlijk leven, daarenboven gaat het over een basisrecht en nood. In de literatuur wordt de oudere bevolking echter vaak niet opgenomen in onderzoek (Powell & Chen, 2018). In advertenties is deze vorm van discriminatie ook merkbaar. Daarin wordt de nadruk sterk gelegd op jeugdigheid. Het gaat om schoonheidsidealen waar ouderen niet meer aan voldoen. (Powell & Chen, 2018). Bovendien is seksualiteit een moeilijk eenduidig te definiëren begrip. Seksualiteit bevat verschillende elementen die voor elk individu anders kunnen zijn. Het is een gegeven dat naar meer dan enkel geslachtsgemeenschap verwijst (Bauer et al., 2007). Toch wordt er vanuit de samenleving verwacht dat ouderen medische interventies ondergaan om geslachtsgemeenschap in stand te kunnen houden (Powell & Chen, 2018). Er ontstaat een kloof tussen ideaalbeelden die in de samenleving heersen en de ervaringen van ouderen. Dit kan zorgen voor een negatieve impact op het zelfbeeld, wat op zich dan weer gevolgen kan hebben op het seksueel functioneren (Powell & Chen, 2018). Deze gevolgen worden hieronder uitgebreid besproken bij mythes en stereotypen rond seksualiteit bij ouderen. Ouderen zijn maatschappelijk gezien een belangrijker wordende groep. Immers, uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de bevolking blijft stijgen. Dit fenomeen wordt benoemd met de term vergrijzing (Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken, z.d.). Hierdoor zal seksualiteit en seksualiteitsbeleving bij ouderen almaar aan belang toenemen.

Deze masterproef richt zich op intimiteits- en seksualiteitsbeleving van ouderen, met aandacht voor seksuele dienstverlening, binnen de thuissetting en woonzorgcentra (wzc). Doordat er vanuit de maatschappij een aantal stereotypen en vooroordelen ontwikkeld zijn die van toepassing zijn rond seksualiteit (Gijs et al., 2018), kan *age-ism* op deze thema's van toepassing zijn.

1.1 Definities

Alvorens een blik te werpen op seksualiteit bij ouderen, is het noodzakelijk enkele definities te geven. Zo wordt gekeken naar de definitie van seksualiteit. Vervolgens komt intimiteit aan bod. Daarna wordt een kort overzicht gegeven van enkele belangrijke seksuele rechten. Als laatste wordt gekeken naar een definitie van seksuele dienstverlening.

1.1.1 Seksualiteit

Seksualiteit is niet eenduidig te definiëren, alsook moeilijk te meten (Zorgnet Vlaanderen, 2015). Toch is het noodzakelijk enkele definities weer te geven om duidelijkheid hierover te scheppen.

Seksualiteit wordt volgens de *World Health Organization* (voortaan afgekort als WHO) (2010) beschreven als:

Een centraal aspect van het leven. Het omvat verschillende delen, denk aan seksuele geaardheid, erotiek en plezier, maar ook aan voortplanting en genderidentiteiten. Seksualiteit zoals hierboven beschreven kan zich op verschillende manieren uiten. Enkele voorbeelden hiervan zijn via gedachten, bepaalde fantasieën, attitudes, waarden of relaties. Seksualiteit omvat veel, maar dat wil niet zeggen dat dit alles tot uiting gebracht wordt. Daarnaast wordt seksualiteit beïnvloed door verschillende factoren. Zowel biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, juridische, historische, religieuze en spirituele factoren hebben allemaal een invloed op seksualiteit (World Health Organization, 2010, p. 17 *onze vertaling*).

Het Van Dale woordenboek gebruikt een veel engere definitie van seksualiteit. Seksualiteit wordt als volgt gedefinieerd: seksualiteit gaat over gevoelens en handelingen in de context van lichamelijke opwinding (van Dale, z.d.).

Opmerkelijk is dat wanneer er van een databank als Pubmed gebruik wordt gemaakt, er geen concrete definitie voor seksualiteit wordt gegeven. Het haalt enkel aan dat seksualiteit in de puberteit tot uiting komt onder invloed van steroïden (Pubmed, 1997).

Volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) maakt de literatuur een onderscheid tussen verschillende dimensies op vlak van seksualiteit. Allereerst is er de biologische dimensie, dit gaat over het geslacht, de lichamelijke en voortplanting, alsook over de driften en instincten. Vervolgens is er de psychologische dimensie. Deze omkadert de beleving, emoties, verbeelding, fantasie, irrationaliteit en de seksuele identiteit van een persoon.

De derde dimensie is deze van het relationele, die de aandacht richt op emotionele intimiteit alsook op de partnerrelatie en kinderen. Daarna is er de gedragsdimensie, die focust op seksueel gedrag zoals masturbatie en geslachtsgemeenschap. Vervolgens volgt de socioculturele dimensie. Dit is de overkoepelde term voor wetten, taboes en attitudes die in de maatschappij leven. De morele dimensie belicht waarden en normen. Ten slotte is er de religieuze dimensie, die verwijst naar existentiële ervaringen en zingeving (Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 4).

Seksualiteit kan gaan over de nood aan liefde en tederheid, over een verlangen, intiem zoenen, knuffelen, alsook over masturbatie of geslachtsgemeenschap (Bauer et al., 2007).

In deze masterproef wordt seksualiteit als volgt gehanteerd: Seksualiteit is veel breder dan enkel geslachtsgemeenschap. Het gaat om het hele spectrum van zoenen en intimiteit tot seks. Er wordt gekozen om de definitie van de WHO zoals hierboven besproken te gebruiken, rekening houdend met de verschillende dimensies die we terugvonden bij Zorgnet Vlaanderen.

1.1.2 Seksuele gezondheid

Net zoals gezondheid niet louter de afwezigheid van ziekte is, is ook seksuele gezondheid niet louter het ontbreken van seksuele disfuncties, het is meer dan dat. Het gaat over welzijn en dat vraagt om een positieve benadering van een seksuele relatie. Daarnaast gaat het over het creëren van plezierige ervaringen (Rheaume & Mitty, 2008).

Wanneer het over seksuele gezondheid gaat heeft de WHO het over zowel fysiek, emotioneel, mentaal als sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Verder gaat het over een benadering van seksualiteit, relaties en ervaringen op een positieve, veilige en respectvolle manier (World Health Organization, 2019).

1.1.3 Intimiteit

Naast seksualiteit komt in de literatuur over ouderen ook intimiteit vaak naar voren als een belangrijk onderwerp als het gaat om ouderen. Intimiteit gaat volgens Zorgnet Vlaanderen (2015) over betrokkenheid en nabijheid, zowel emotioneel als lichamelijk (Zorgnet Vlaanderen, 2015, p. 4).

Een meer concrete definitie is: "Het tot uiting brengen en uitwisselen van authentieke gevoelens en behoeften ten opzichte van elkaar. Het gaat om verbondenheid voelen met een ander en diens nabijheid ervaren. Intimiteit uit zich door een wederzijds gevoel van vertrouwen." (Kreuze, 2020). Intimiteit kan in drie dimensies worden ingedeeld: fysiek, emotioneel en spiritueel.

Fysieke intimiteit heeft te maken met lichamelijkheid en elkaar aanraken. Emotionele intimiteit gaat over het delen van je gevoelens met de ander. Als laatste is er de spirituele intimiteit, deze gaat over de beleving van eenheid binnen een levenswijze (Kreuze, 2020).

Rheaume en Mitty (2008) suggereren dat intimiteit uit 5 verschillende componenten bestaat: toewijding, wederkerigheid (onderlinge afhankelijkheid), emotionele intimiteit (inclusief zorgzaamheid en positieve waardering), cognitieve intimiteit (inclusief denken aan de ander en het hebben van gedeelde waarden) en fysieke intimiteit (variërend van nabijheid tot geslachtsgemeenschap) (Rheaume & Mitty, 2008).

Onderzoek geeft aan dat met stijgende leeftijd de waarde van intimiteit stijgt met de leeftijd (Messelis, 2019). Messelis omschrijft dat als volgt: “Eén knuffel per dag heb je nodig om te overleven, een paar knuffels per dag heb je nodig om gezond te zijn en nog meer knuffels per dag heb je nodig om jezelf te kunnen ontwikkelen.” (Bruynseels et al., 2018, p. 126).

Binnen deze masterproef hanteren we de definitie van Kreuze dat intimiteit gaat om verbondenheid en nabijheid met een ander, rekening houdend met de verschillende dimensies zoals besproken door Rheaume en Mitty (2008).

1.1.4 Seksuele rechten

Ieder persoon heeft daarnaast ook enkele seksuele rechten. Deze zijn internationaal verankerd en sluiten aan bij de universele rechten van de mens (Messelis, 2019, p. 47). Volgens Amnesty International zijn seksuele rechten in het leven geroepen om een persoon bescherming te bieden tegen dwang, discriminatie en geweld. Enkele seksuele rechten zijn bijvoorbeeld het recht om een partner te kiezen of het recht om al dan niet seksueel actief te zijn (Amnesty International, 2019). Seksuele rechten omvatten enkele vrijheden, daarnaast gaat het ook over toegang hebben tot gezondheidszorg met betrekking tot seksualiteit, informatieverstrekking en educatie. (Rheaume & Mitty, 2008).

1.1.5 Seksuele dienstverlening

Seksuele dienstverlening wordt door Aditi vzw als volgt gedefinieerd:

Seksuele dienstverlening betreft verschillende vormen van ondersteuning en dienstverlening als antwoord op zorgvragen rond intimiteit en seksualiteit van mensen met een (combinatie van) sociale, fysieke, motorische, sensorische, verstandelijke, psychische of psychiatrische beperking(en) die al dan niet aan leeftijd gebonden is. Seksuele dienstverlening wordt steeds geboden door een daartoe opgeleide professionele seksuele dienstverlener en vertaalt zich in het samen beleven van seksualiteit.

Seksuele dienstverlening vindt plaats binnen een duidelijk afgebakend werkkader. Hierbij wordt vertrokken vanuit een zorgmodel waarbij de seksuele zorgvraag en de intimiteitsnoden van de aanvrager eerst in kaart worden gebracht. Eventuele andere onderliggende vragen of noden worden verduidelijkt. Daarbij is het vaak wenselijk dat, na overleg en akkoord, ook het netwerk (o.a. begeleiders, ouders, verzorgenden, kinderen, vertrouwenspersonen, bewindvoerders) betrokken wordt om deze zorgvraag te helpen duiden en het ondersteuningsproces te helpen faciliteren (voorwaardenscheppende zorgverlening).

Het gehele proces vraagt om professionele kennis, specifieke expertise en een op zorggerichte attitude (M. Scheepers Aditi vzw, persoonlijke communicatie, 2 mei 2023).

1.2 Ouderen en seksualiteit

Wanneer er gesproken wordt over seksualiteit bij ouderen is het aangewezen eerst de term ouderen te definiëren. We spreken van ouderen vanaf de leeftijd van 65 jaar, dit wordt door de psychosociale literatuur ook wel benoemd als de 'late volwassenheid'. (Berk, 2013, p. 8).

1.2.1 Mythes en stereotypen

Iedereen, ongeacht leeftijd heeft nood aan intimiteit, liefde en gezelschap. De westerse maatschappij zorgt ervoor dat onwetendheid, vooroordelen, mythes en stereotypes de bovenhand nemen. (Hajjar & Kamel, 2003). Ook aan het onderwerp seksualiteit en ouderen zijn enkele hardnekkige mythes en stereotypen verbonden.

Van Houdenhove et al., (2016) benoemen seksualiteit bij ouderen als mogelijk één van de laatste taboes rond seksualiteit. Niet enkel ouderen internaliseren deze mythes. Ze hebben bovendien ook een invloed op de perceptie van jongeren (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Vanaf een bepaalde leeftijd lijkt het of individuen geaseksualiseerd worden (Bruynseels et al., 2018). Zo kan seksualiteit bij ouderen aanzien worden als iets grappig, wansmakelijk of onbestaande (Gijs et al., 2018).

Els Messelis geeft aan dat er daarnaast ook twee soorten mythes zijn over ouderen:

Eenzijds is er deze van de asexuele senior. Dit gaat om de vooroorlogse, stille generatie. Daarnaast wordt die aangevuld met de mythe van de sexy senior. Dit is te zien bij de protest- of babyboomgeneratie. Hieruit valt op te maken dat ouderen of geen interesse hebben in seks of allemaal behoefte hebben aan een goed seksueel leven (Messelis, 2019, p. 20).

Verder geven Powell en Chen (2018) aan dat volgens vooroordelen en stereotypen ouderen te maken hebben met een verminderd of gebrekkig seksueel verlangen. Daarnaast worden ouderen afgestempeld als fysiek onaantrekkelijk en is het voor hen schaamtevol om met seksuele activiteiten bezig te zijn (Van Even, 2017). Deze mythes zorgen er mede voor dat het taboe rond deze thema's bij ouderen in stand gehouden wordt (Powell & Chen, 2018; Van Even, 2017). Ouderen gaan deze stereotypen internaliseren waardoor ze zich niet meer gelegitimeerd voelen om seksueel actief te zijn (Powell & Chen, 2018). Dit stereotype denken is niet geheel onschuldig. Enkele stereotypen overschaduwden de behoeften van senioren, en leiden tot een groot gebrek aan kennis (Hajjar & Kamel, 2003). Ouderen voldoen volgens deze stereotypen niet meer aan de schoonheidsidealen die in de samenleving gesteld worden (Powell & Chen, 2018). Een schoonheidsideaal is een ideaalbeeld van het lichaam van een persoon (Sensoa, z.d.). De heersende idealen zijn een gezond, slank lichaam dat jeugdigheid uitstraalt (RoSa vzw, 2022; Van Houdenhove et al., 2016). Hierdoor passen ouder worden en seksueel aantrekkelijk zijn niet langer samen volgens de westerse cultuur (Rheume & Mitty, 2008).

Deze denkbeelden worden door zowel hulpverleners alsook de bredere omgeving van ouderen overgenomen en deze hebben zo een invloed op hun attitude. Hierdoor krijgt seksualiteit en intimiteit geen plaats meer binnen voorzieningen, ook al is de behoefte wel aanwezig (Messelis, 2019). Ouderen die op latere leeftijd opnieuw verliefd worden of nieuwe relaties aangaan kunnen daardoor te maken krijgen met negatieve reacties van familie, vrienden of zorgverleners. Hierdoor krijgen ouderen een signaal van ongepastheid en onderdrukken vervolgens deze gevoelens (Calamidas, 1997).

Ondanks dat er een verschuiving in de maatschappelijke opvattingen aan de gang is en het loslaten van het stereotype beeld van een asexuele oude dag stilaan wordt losgelaten, blijft het sociale taboe over seksualiteit op oudere leeftijd bestaan (Elias & Ryan, 2011).

Bij zorgverleners kan er sprake zijn van beïnvloeding door stereotypen en mythen over seksualiteit en ouderen. Seksualiteit en ouderen zijn twee woorden die in de westerse cultuur niet samen gezien worden. Dit kan de houding van zorgverleners beïnvloeden, wat dan weer een invloed kan hebben op diens interactie met ouderen (Rheume & Mitty, 2008). De uitdaging hierbij is om als zorgverlener deze mythes en stereotypen trachten te ontcrachten. Een voorbeeld hiervan is om via focusgroepen informatie of mogelijke interventies te verkrijgen die men kan omzetten naar educatie (Calamidas, 1997).

1.2.2 Seksualiteitsbeleving

Seksualiteit is een basisbehoefte die zich blijft ontwikkelen van geboorte tot de dood. Er valt op dat de behoeften van ouderen niet veel verschillen met die van jongere personen. Een duidelijk verschil zit in de frequentie, bij de meeste ouderen daalt deze ten opzichte van jongere individuen. Daarnaast kan ook de intensiteit en de uiting van deze behoeften verschillen (Hajjar & Kamel, 2003).

Hoewel er het stereotype beeld heerst dat seks enkel voor jongere personen is, geldt dit niet in de praktijk. Onderzoek aan de universiteit van Michigan (2018) toont aan dat 76% van de participanten binnen de leeftijdscategorie 65-80 jaar aangeeft seks een belangrijk aspect te vinden op elke leeftijd. In dit onderzoek werd er geen specifieke definitie voor seks gegeven, waardoor moeilijk in te schatten is of dit in enge of brede zin bedoeld wordt. In totaal, 65% van deze participanten geeft aan interesse te hebben in seks en 40% is op het moment van het onderzoek nog seksueel actief (University of Michigan, 2018). In het Sexpert onderzoek (2013) is gebleken dat seks belangrijker is voor de leeftijdsgroep van 18 tot 65 jaar dan na de leeftijd van 65 jaar (Buysse, et al., 2013). In het Sexpert onderzoek wordt seks breder dan enkel geslachtsgemeenschap gedefinieerd. Het gaat over alle manier van vrijen, met als voorwaarde dat er genitaal contact is. Zoals eerder aangegeven alsook uit het Sexpert onderzoek (2013) blijkt dat seks na de leeftijd van vijfenzeftig jaar wel nog steeds als belangrijk wordt aanzien.

Bruynseels et al. geven aan dat de 80-jarige leeftijd gezien wordt als een grensleeftijd voor de beleving van seksualiteit. 10% van de tachtig plussers geeft echter aan nog seksueel actief te zijn (Bruynseels et al., 2018). Er is een belangrijk verschil in seksueel gedrag en de interesse in seks. Zo neemt bij een opname in een wzc de interesse niet af, maar toont onderzoek dat de betrokkenheid bij seksueel gedrag daarentegen wel afneemt (Elias & Ryan, 2011).

Seksualiteit bij ouderen in zorginstellingen wordt vaak bestempeld als probleemgedrag, dit ondanks het gegeven dat onderzoek meer en meer aangeeft dat seksualiteit een deel uitmaakt van het leven. Het vormt een meerwaarde om seksualiteitsbeleving bij ouderen te ondersteunen en faciliteren. (Rheume & Mitty, 2008).

De American Association of Retired Persons (AARP) deed in 1999 onderzoek bij 1384 ouderen. Hieruit blijkt dat ouderen met een partner belang hechten aan een bevredigende seksuele relatie. Ouderen zonder partner voelden deze drang minder. Hieruit blijkt ook dat vrouwen boven de 75 jaar vaker alleenstaand zijn en dat zij een negatievere houding hebben tegenover seksuele activiteit dan mannen van deze leeftijd (Rheume & Mitty, 2008). Onderzoek toont verder aan dat gemiddeld voor 28,5% van mannen en 36,5% van vrouwen vinden dat het ontbreken van een geschikte partner de hoofdreden is om niet meer seksueel actief te zijn. Daarnaast valt uit de levensverwachting af te leiden dat vrouwen langer leven dan mannen (84 jaar voor vrouwen en 79,2 jaar voor mannen in 2021) (Statbel, 2022). Hierdoor is de verhouding tussen mannen en vrouwen in thuisvervangende settings niet gelijk verdeeld, wat ook een heikel punt kan zijn (Hajjar & Kamel, 2003).

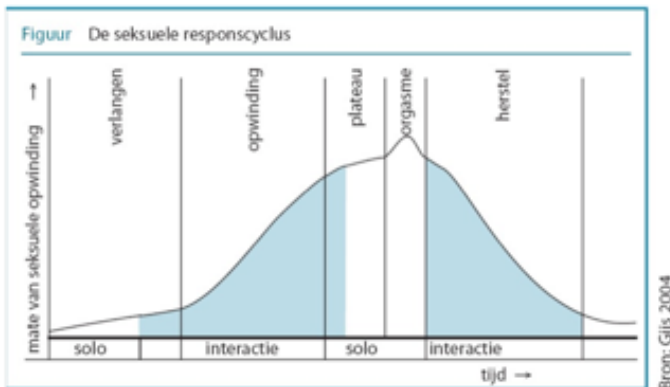
Seksuele gedachten, fantasieën of gevoelens komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, ongeacht het al of niet hebben van een partner (Rheume & Mitty, 2008). Het Starr-Weiner-rapport is een onderzoek bij 800 personen met een leeftijd boven zestig jaar. Hieruit bleek dat de kwaliteit van geslachtsgemeenschap primeert over de kwantiteit. Daarnaast laat deze studie een verandering zien van genitale seks naar andere vormen van niet coïtale seks. (Hajjar & Kamel, 2003). De focus lijkt echter vaak te liggen op genitaal contact en voortplanting. Hierdoor voelen ouderen zich verloren wanneer genitaal contact moeilijker wordt. Men weet vaak niet dat seksualiteit meer is dan enkel penetratie of genitaal contact (Calamidas, 1997).

1.2.2.1 Seksuele respons

De seksuele responscyclus van Masters en Johnson (1966) geeft in een lineair proces de lichamelijke reacties van mannen en vrouwen weer tijdens seksuele activiteit en wordt hieronder getoond op figuur 1. Dit proces bestaat uit vier fasen: opwinding, plateau, orgasme en herstel. Later voegt Kaplan de fase van verlangen hier nog aan toe. Uit onderzoek naar de seksuele responscyclus blijkt dat deze seksuele responscyclus bij ouderen niet veel anders loopt dan bij jongere personen. Het grootste waargenomen verschil dat werd gevonden, zit in het tempo en de intensiteit (Verstraeten, 2006). De opwindingsfase zoals beschreven in het model van Masters en Johnson (1966) zal ook wat wijzigen naarmate de leeftijd stijgt. Opwinding kan nog wel op latere leeftijd, maar zal trager optreden (Bruynseels et al., 2018).

Figuur 1

Seksuele responscyclus Masters en Johnson



Noot. Overgenomen uit Hoe werkt seks? Een wetenschappelijke kijk tussen de lakens van S. Prekatsounaki, 2014 (<https://www.psyblog.nl/2014/11/27/hoe-werkt-seks/>). Copyright z.d., Masters en Johnson.

Kennis over seksualiteit heeft een invloed op empowerment. Wanneer men dit empowerment kan ervaren is men in staat seksueel comfort, bevrediging en plezier te bereiken. Kennis over seksualiteit mag zich niet beperken tot informatie over een veranderde lichamelijke functie. Het moet breder zijn en moet de acceptatie omvatten van zichzelf als een seksueel wezen. Daarnaast moet het vaardigheden aanreiken om mensen in staat te stellen tot seksuele interacties (Calamidas, 1997).

1.2.2.2 Disfuncties

Er wordt vaak vanuit een eenzijdig biomedisch perspectief gekeken naar de seksualiteitsbeleving bij ouderen. Dat perspectief focust zich op disfuncties en de aan leeftijd gebonden natuurlijke afname van seksueel functioneren (Powell & Chen, 2018). Bij ouderen is er dus een onderscheid tussen 'normale' veranderingen ten gevolge van leeftijd en 'pathologische' veranderingen ten gevolge van ziekte of medische problemen, (bijv. aan bijwerkingen van medicatie) (Elias & Ryan, 2011; Rheume & Mitty, 2008).

Ook DeLamater (2021) geeft aan dat het beschikbare onderzoek vaak over disfuncties gaat. Om seksuele disfuncties te definiëren wordt gebruik gemaakt van de definitie van de *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (DSM): "Seksuele disfunctie is een verstoring in het seksueel functioneren die bovendien door de persoon als een probleem wordt ervaren." Deze verstoring is niet het gevolg van een mentale of fysieke aandoening.

Een cruciaal onderscheid dat gemaakt dient te worden is deze met een seksuele functiestoornis. Het verschil met seksuele disfunctie is dat bij een functiestoornis de persoon zelf hier geen problemen ervaart (Buysse, et al., 2013). Uit onderzoek van Rutgers (2021) blijkt dat er meer moeite kan zijn met het ervaren van opwinding en dat een orgasme mogelijk moeilijker wordt verkregen. Verder kunnen er ook andere lichamelijke ongemakken optreden (Rutgers, 2021).

Hoewel Messelis aangeeft dat deze disfuncties vaker voorkomen wanneer personen ouder worden, toont het Sexpert onderzoek aan dat er geen consistent verband is tussen disfuncties en leeftijd (Buysse, et al., 2013). Het is noodzakelijk rekening te houden met deze lichamelijke klachten, omdat het seksueel tot uiting brengen van verlangens door leeftijdsgebonden problemen kan worden verstoord (Elias & Ryan, 2011).

1.2.2.3 Leeftijdsgerelateerde veranderingen bij de man¹

Bij mannen zijn er drie seksuele functiestoornissen die het vaakst optreden. Het gaat hier om een verminderd verlangen, de vroegtijdige ejaculatie of erectiestoornissen (Buysse, et al., 2013). Mannen krijgen soms de stempel erectiestoornis terwijl het in feite gaat over leeftijdsgebonden veranderingen. Er is bij oudere mannen meer fysieke stimulatie van de penis nodig alvorens ze een erectie kunnen krijgen (Rheaume & Mitty, 2008).

Daarnaast kan de duur en/ of intensiteit van het orgasme verkleinen. Het volume, de viscositeit en de stuwkracht van het ejaculaat kan verminderen met leeftijd (Gijs et al., 2018). Ongeveer 75% van de mannen heeft ooit moeite gehad met het verkrijgen van een erectie rond hun zeventigste levensjaar. Verder kan medicatie geassocieerd worden met erectiele disfunctie. Denk hierbij o.a. aan antidepressiva en antipsychotica, maar ook aan medicatie tegen brandend maagzuur bijvoorbeeld (Rheaume & Mitty, 2008).

Wanneer mannen ouder worden kan een daling in testosteron opgemerkt worden, dit kan verbonden worden aan een verminderd libido (Hajjar & Kamel, 2003).

Medische aandoeningen of medicatie kunnen dus een barrière vormen om seksueel actief te zijn (Rheaume & Mitty, 2008).

¹ Met de term 'man', wordt geduid op het mannelijk biologisch geslacht.

1.2.2.4 Leeftijdsgelateerde veranderingen bij de vrouw²

Bij vrouwen is er een significant verband tussen fysieke opwindingsstoornissen en -disfuncties (zoals lubricatiestoornissen) en leeftijd. Deze stoornissen of disfuncties komen vaker voor bij oudere vrouwen (Buysse, et al., 2013). Bij vrouwen kunnen er postmenopauzaal enkele veranderingen optreden, bijvoorbeeld lagere oestrogeenspiegels, verandering in geslachtsorganen of in de urinewegen kunnen ervoor zorgen dat er verminderd seksueel plezier wordt beleefd. Vaginale droogte en een dunnere vaginale wand kunnen pijn veroorzaken en de kans op een infectie doen stijgen. Verder kan dit ook leiden tot pijn bij het vrijen, ook wel dyspareunie genoemd (Rheume & Mitty, 2008). Daarnaast kunnen zij last hebben van verminderde contracties en krachtverlies hierbij (Gijs et al., 2018). Tijdens de menopauze valt de reproductieve functie weg waardoor seks met als doel voortplanting niet meer van toepassing was. Hierdoor ontstond de idee van aseksualiteit op oudere leeftijd (Bruynseels et al., 2018; Messelis, 2019).

1.2.2.5 Beoordeling van seksualiteit

Seksuele expressie kent een grote diversiteit. Het kan als doel hebben om te ontspannen of om intimiteit te beleven, maar kan ook zorgen voor minder eenzaamheid en een verlaging van negatieve stemming. Door seksuele interactie krijgt men het gevoel geliefd te zijn en voelt men nabijheid en verbondenheid. Het gevoel nodig te zijn is van grote waarde. De betekenis die personen aan seksualiteit verbinden is individueel erg verschillend (Calamidas, 1997).

Het PLISSIT-model (Annon, 1974) wordt aangehaald als een tool om seksualiteit te beoordelen en kan een basis vormen om een eventuele interventie te begeleiden. PLISSIT staat voor: *Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapy*.

Ten eerste wordt bij *permission* aan de oudere toestemming gevraagd om een gesprek aan te knopen over diens seksuele activiteit. Hierdoor behoudt het individu de controle. Daarnaast geef je de oudere toestemming tot het hebben van mogelijke gedachten, gevoelens en fantasieën.

Ten tweede kan er bij *Limited Information* basisinformatie gegeven worden. Bijvoorbeeld over seksueel functioneren, veranderingen die gepaard gaan met leeftijd alsook over basisanatomie, met als doel misvattingen te kunnen corrigeren.

² Met de term 'vrouw', wordt geduid op het vrouwelijk biologisch geslacht.

Ten derde is er de fase van *Specific Suggestions*. Hier wordt er een specifieke interventie uitgewerkt voor deze oudere. Denk hierbij aan plezieroefeningen voor beide partners of verschillende opwindingstechnieken.

Ten slotte is er *intensive therapy*. Dit artikel geeft aan dat intensieve therapie zelden nodig is (Rheume & Mitty, 2008).

Zorgverleners moeten aandacht hebben voor de persoonlijke doelen die ouderen stellen omtrent seksualiteit en de expressie daarvan. Masturbatie kan bijvoorbeeld een uitlaatklep vormen voor alleenstaande. Door culturele, religieuze of morele opvattingen of waarden kan dit tot negatieve gevoelens leiden. Om seksualiteit te kunnen bevorderen is het noodzakelijk dat de persoonlijke waarden die individuen hechten aan seksualiteit gezien worden door de zorgverlener alsook moet men oog hebben voor de verscheidenheid aan expressie van seksualiteit (Calamidas, 1997).

1.2.3 Positieve en negatieve aspecten van seksualiteit

Seksualiteit is een thema dat aandacht verdient, doordat seksueel actief zijn of seksuele relaties aangaan diverse positieve effecten heeft. Hierdoor is een positieve benadering van belang. Het kunnen uitoefenen ervan zorgt voor een groter gevoel van eigenwaarde en identiteit, evenals het gevoel van controle (Jacobson, 2013). Het is dus positief voor het zelfbeeld en zelfrespect. Ook Sensoa (z.d.) wijst op het positief effect op het gevoel van eigenwaarde. Hierdoor kan een negatieve kijk of ontkenning van seksualiteit niet enkel invloed hebben op iemands seksueel leven, maar daarnaast ook op het zelfbeeld van die persoon, evenals op diens gezondheid en sociale leven (Hajjar & Kamel, 2003). Harris en Orth (2020) tonen echter aan dat deze relatie wederkerig is. Een hoog gevoel van eigenwaarde en zelfrespect zorgt voor een verbetering op gebied van sociale relaties, maar ook omgekeerd zorgen sociale relaties voor een verhoging van de eigenwaarde.

Bovendien is seks bevorderlijk voor het algemeen welzijn. Tijdens seks en het orgasme komen er neurotransmitters vrij, die een effect hebben op het humeur. Daarnaast komen er ook endorfines vrij, deze zorgen voor stressvermindering en zo voor een meer ontspannen gevoel. Als derde komen serotonine en oxytocine vrij. Deze zouden een positief effect hebben op pijnverlichting (Sensoa, z.d.).

Een ander voordeel van seks is dat het de band tussen twee individuen kan versterken. Op oudere leeftijd ervaren personen meer tijd om elkaar op een andere, nieuwe manier te leren kennen en ontdekken (Rutgers, 2021). Daarnaast zou twee maal seks per week het risico op cardiovasculaire aandoeningen kunnen verminderen (Sensoa, z.d.).

Een nuance die gemaakt dient te worden is dat seksualiteit niet enkel uit geslachtsgemeenschap bestaat. Wanneer bij ouderen geslachtsgemeenschap niet meer mogelijk is, kunnen zij op zoek gaan naar andere manieren van intimiteit en contact om aan deze nood tegemoet te komen (Zorgnet Vlaanderen, 2015). De definitie van seksualiteit zoals hierboven reeds beschreven, zie paragraaf 1.1.1, is meer dan enkel geslachtsgemeenschap. Ouderen hebben een grote behoefte aan affectie, omdat dit uit seksuele handelingen bestaat die men onafhankelijk van de fysieke toestand nog kan uitvoeren. Denk hierbij aan een streling, kus of massage (Bruynseels et al., 2018).

Ouderen gaan op zoek naar andere erogene zones om te stimuleren en zoeken andere manieren om te komen tot intimiteit. Verder stelt Messelis vast dat “intimiteit stijgt met leeftijd” (Messelis, 2020). Het valt op dat het bij ouderen eerder gaat om fysieke nabijheid dan om seks (Bruynseels et al., 2018).

Verder is het fout te stellen dat elke oudere seksualiteit wil beleven. Er zijn er ook die het seksuele leven achter zich gelaten hebben. Dit sluit aan bij het idee van *active ageing*. Dit is een begrip dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als volgt gedefinieerd wordt:

Het proces van het optimaliseren van kansen op gezondheid, participatie en veiligheid om de kwaliteit van leven te verbeteren naarmate mensen ouder worden. Het stelt mensen in staat om hun potentieel voor welzijn gedurende hun hele leven te realiseren en om deel te nemen aan de samenleving op basis van hun behoeften, verlangens en mogelijkheden, terwijl het hen adequate bescherming, veiligheid en zorg biedt wanneer ze hulp nodig hebben (AGE Platform Europe, z.d.).

Er wordt hierbij gestreefd naar een verbeterde levenskwaliteit van ouderen. Active ageing kan ingezet worden op negen domeinen. Het domein van participatie staat centraal. Dit domein focust zich op de beslissingsmogelijkheid van de persoon, waarbij autonomie van grote waarde is. Daarnaast richt het zich op cultuur, gedrag, psychologische factoren, fysieke factoren, sociale omgeving, economische factoren, zorg en betekenisvolle tijdsbesteding (Vlaamse ouderenraad, 2016). Ouderen kunnen ervoor kiezen het seksueel leven achter zich te laten door bijvoorbeeld het verlies van een partner, ziekte of andere gebeurtenissen of omstandigheden (Messelis, 2019). Uit onderzoek blijkt dat het ontbreken van een partner bij 30% mannen en 40% vrouwen de voornaamste oorzaak is van seksuele inactiviteit. Binnen wzc's is de vrouw-man ratio 4:1 (Hajjar & Kamel, 2003).

Voor hulpverleners kan het moeilijk zijn de balans tussen autonomie garanderen en het beschermen van kwetsbare personen rekening houdend met de rechten van de mens in evenwicht te houden (Messelis, 2019).

Een citaat uit het boek *Grijze goesting*, geeft mooi weer hoe seks verandert doorheen de jaren “*Je doet niet wat je nog wilt, maar wat je nog kunt*” (Bruynseels et al., 2018, p. 74).

Algemeen kan er volgens de review van Gastmans en Mahieu (2015) gesteld worden dat de attitude van ouderen rond seksualiteit positief is. Daarnaast valt ook op dat het verlangen naar lichamelijk contact blijft doorheen de jaren, maar de onstuitbaarheid zwakt af (Bruynseels et al., 2018).

1.3 Thuis- en thuisvervangende setting

Deze masterproef legt de focus op hulpverlening binnen de thuis- en thuisvervangende setting. Om een beeld te kunnen vormen van de populatie personen die een beroep doen op deze zorg volgt een kort overzicht met enkele cijfers.

1.3.1 Cijfers

Onderzoek geeft weer dat 13,6% van de bevolking in een langdurig formeel zorgtraject zit, hetzij thuiszorg, hetzij een woonzorgcentrum (wzc) (www.belgium.be, 2019). In 2021 verbleven meer dan 70.000 individuen in Vlaamse woonzorgcentra, dat komt overeen met 5,0% van de ouderen (65 plus) (Statistiek Vlaanderen, 2023). Statistieken uit 2016 tonen aan dat 5,5% van de inwoners die vijftenzestig plus zijn een beroep doen op thuisverpleging (www.belgium.be, 2019).

1.3.2 Seksualiteit binnen thuis- en thuisvervangende setting

Het aantal studies rond seksualiteit op oudere leeftijd zijn beperkt, zeker wat betreft de thuis- en thuisvervangende setting (Elias & Ryan, 2011).

Ondanks dat dit thema zich in de taboesfeer bevindt en er weinig onderzoek naar is, is er wel sprake van de behoefte aan en interesse in seksualiteit en intimiteit van ouderen. Dit geldt ook binnen een thuis- en thuisvervangende setting (Rademakers, 1994; Gijs et al., 2018). Uit een review van vijftientig studies rond seksualiteit in woonzorgcentra wordt gedrukt op het belang van seksualiteit op latere leeftijd. Verder geeft deze review aan dat er grote individuele verschillen zijn in de interesse in seksualiteit alsook de expressie daarvan (Gastmans & Mahieu, 2015).

Het recht op verlangen blijft, ongeacht leeftijd. Het is aan wzc's om te zorgen dat er een mogelijkheid is om aan dit verlangen tegemoet te komen mits er ook met grenzen tussen personen onderling en de grenzen van personen rekening wordt gehouden (Bruynseels et al., 2018).

Uit onderzoek van Sensoa is gebleken dat het belangrijk is om met ouderen over seksualiteit in gesprek te gaan en om hun noden in kaart te kunnen brengen (Sensoa, z.d.). Bauer et al. deden in 2009 onderzoek naar de intrede van ouderen in zorginstellingen. Hieruit blijkt dat toekomstige bewoners geen informatie krijgen over de manier waarop hun seksuele behoeften gerespecteerd zullen worden. Uit dit onderzoek blijkt ook dat er een gebrek aan beleid is rond seksualiteit binnen voorzieningen (Powell & Chen, 2018).

Het is niet omdat ouderen verhuizen naar een wzc dat zij geen verlangen en interesse naar seksualiteit meer hebben. De voorzieningen kunnen mogelijks niet tegemoet komen aan deze noden (Elias & Ryan 2011). Els Messelis verwoordt dit op volgende wijze: *“seks en intimiteit evolueren mee met de tijd, leeftijd en context waarin mensen ouder worden”* (Bruynseels et al., 2018, p. 17).

Bij seksualiteit binnen een wzc, ook wel thuisvervangende setting genoemd, is het cruciaal stil te staan bij twee aspecten. Allereerst moet seksualiteit voldoende breed bekeken worden. Hierbij gaat het niet enkel over penetratieseks, maar ook over andere aanrakingen, samen zijn en een gevoel van aantrekkelijk te zijn. Er is een verschuiving van genitale seks naar intimiteit. Daarnaast is de rol van de thuisvervangende setting van groot belang. Hoe het beleid hierbinnen is maakt of mensen een bevredigend seksueel leven ervaren of niet (Hajjar & Kamel, 2003). Binnen wzc's wordt er meer ingezet op het bevorderen van een thuis aspect. Dit kan men zien door de keuzemogelijkheden en flexibiliteit, die zouden moeten weerspiegelen in het beleid. (Hajjar & Kamel, 2003).

1.3.2.1 Ouderen

In thuisvervangende settings krijgt men te maken met een generatiekloof, zoals beschreven onder paragraaf 1.2.1 asexuele en sexy senior. Deze stereotypen worden hier verder uitgediept. Uit *Seksuality and Intimacy in Older Adults* van Rheume en Mitty (2008) komt naar voren dat de huidige bewoners van wzc's personen zijn, die opgegroeid zijn in een periode die zich kenmerkt door conservatieve normen en dubbele standaarden. Seksualiteit gelinkt aan plezier was alleen voor mannen. Vrouwen hadden seks om hun partner tevreden te houden en omwille van reproductieve redenen. (Rheume & Mitty, 2008).

Anderzijds is er de protestgeneratie. Zij waren de getuigen van de seksuele revolutie. Seks staat sinds toen (1960) los van reproductie (Bruynseels et al., 2018).

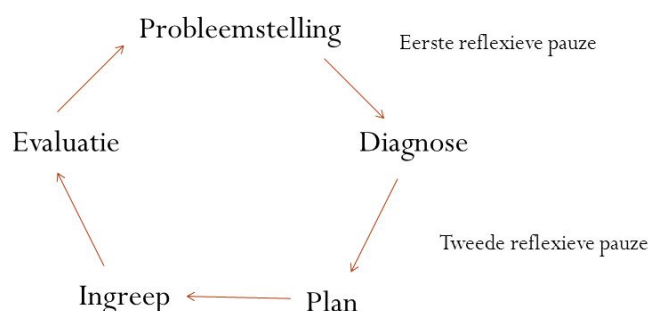
De inmenging van kerk of staat verschuift naar de achtergrond. Het begrip toestemming schuift in deze periode naar de voorgrond (Ydiers, 2019). Deze generatie staat bekend als één waar alles kan en mag (Bruynseels et al., 2018).

1.3.3 Beleid

Een belangrijke factor die van invloed is op deze thema's is het beleid. Toch blijkt er in de praktijk weinig sprake van een beleid binnen organisaties. Indien er een beleid bestaat, is dit vaak eerder seksnegatief (Messelis, 2019). De nadruk ligt hier op een probleemcultuur. Seksualiteit wordt negatief belicht en grensoverschrijdend gedrag moet worden geregistreerd volgens bepaalde protocollen. Een positief aspect van seksualiteit als zijnde een indicator voor verhoogde levenskwaliteit wordt hier niet in beschouwing genomen (Gijs et al., 2018; Messelis, 2019; Zorgnet Vlaanderen, 2015). Een probleem moet snel opgelost worden zonder dat veel personen binnen de voorziening hier van op de hoogte zijn (Messelis, 2019). Eén op drie zorgverleners melden dat in het woonzorgcentrum waar zij werken, maatregelen genomen worden om seksueel gedrag af te remmen (Van Houdenhove et al., 2016). Zorgnet Vlaanderen (2015) geeft weer dat de negatieve houding van zorgverleners belemmerend kan werken voor ouderen. De regulatieve cyclus van Van Strien, zoals weergegeven op figuur 2, wordt vaak gebruikt als basis om problemen te detecteren. Het accent ligt op het probleem, dat eerst wordt gediagnosticeerd. Verder wordt een plan uitgewerkt en vindt er een ingreep plaats. Als laatste volgt de evaluatie. Dit is een terugblik om te kijken of het probleem opgelost is of niet (Messelis, 2019).

Figuur 2

Regulatieve cyclus Van Strien



Noot. Overgenomen uit Opvoedrelaties onder spanning A door Irina Nojoredjo z.d. (<https://slideplayer.nl/slide/8997459/>). Copyright z.d., Van Strien.

Tegenstaand kan er een sekspositief beleid zijn, waarbij hulpverleners zich binnen de setting gesteund voelen door de directie en er faciliteiten voorzien worden om seksualiteit bij ouderen mogelijk te maken (Gijs et al., 2018; Messelis, 2019). Het kan een hulpmiddel zijn om een universeel kompas te ontwikkelen. Dit omvat waarden en normen waar iedereen zich in kan vinden (Messelis, 2019).

In theorie is dit een zwart-wit gegeven, in de praktijk bestaan hier nuances (Gijs et al., 2018; Messelis, 2019).

Onderzoek van Van Houdenhove et al. (2016) bij multidisciplinaire teams binnen Vlaamse wzc toont aan dat één vierde van de participanten aangeeft dat er duidelijke mondelinge afspraken zijn rond situaties met betrekking tot het seksuele aspect.

Het is belangrijk binnen de voorziening een draagvlak te creëren om dit thema bespreekbaar te kunnen maken (Bruynseels et al., 2018). Onderzoek van Roach (2004) toont aan dat de reactie op seksualiteit bij ouderen deels afhangt van de mentaliteit van de organisatie.

Idealiter zijn er enkele doelstellingen waar een beleid aan moet voldoen. Ten eerste zou een beleid moeten zorgen voor een verbetering van de levenskwaliteit van de oudere. Ten tweede moet het de communicatie over deze thema's faciliteren. Dit moet breder bekeken worden dan enkel tussen medewerker en oudere, neem bijvoorbeeld ook de familie mee in dit verhaal. Er moet aandacht zijn voor de wil van de oudere, denkende aan de verlangens, behoeften en wensen. Ten derde dient de veiligheid van personeel en ouderen centraal te staan (Messelis, 2019).

Een duidelijk beleid, met daarin protocollen en visieteksten zijn belangrijk als aanzet. Het is belangrijk om een beeld te krijgen over de waarden en normen die de organisatie wil uitdragen. Desalniettemin gaat het om emotionele thema's, die door een beleid niet volledig omvatten kunnen worden (Messelis, 2019).

Onderzoek van Tzeng et al. (2009) toont aan dat het hanteren van een seksualiteitsbeleid binnen een organisatie een effect kan hebben op de beleving van de zorgvrager alsook op de attitude van het personeel. Een belangrijke nuance is dat het hanteren van een positief beleid niet wil zeggen dat er geen oog meer mag zijn voor problemen of moeilijkheden rond seksualiteit en intimiteit (Messelis, 2019).

Men dient de ontwikkeling van een beleid, dat openstaat voor het creëren van een sekspositieve omgeving, aan te moedigen. Dit gaat over een omgeving waar de behoeften, interesses en mogelijkheden van bewoners gezien en erkend worden (Calamidas, 1997). Het personeel heeft de plicht om een klimaat te creëren waar er ruimte is voor behoeften en verlangens van bewoners. Dit primeert boven hun eigen mening. (Hajjar & Kamel, 2003).

Daarnaast past seksualiteit ook binnen het woonzorgdecreet. Dit heeft als doel om persoonsgerichte zorg te kunnen aanbieden. Het woonzorgleefplan wordt opgemaakt met het oog op de ondersteuningsvraag van de oudere. De noden van de oudere worden hier mee in kaart gebracht (Vlaamse overheid, 2019).

1.3.4 Attitude en perceptie

Ondanks het taboe rond deze thema's bij ouderen worden hulpverleners binnen hun werksetting vaak geconfronteerd met seksualiteit. Bijvoorbeeld een man die een erectie krijgt tijdens de verzorging of een persoon met dementie die zich op de gang begint uit te kleden (Van Houdenhove et al., 2016). Er is niet enkel een gebrek aan seksuele voorlichting bij ouderen, maar ook een gebrek aan kennis over seksualiteitsbeleving van ouderen bij het zorgpersoneel. Hierdoor kan dit een negatieve invloed hebben op hun attitude en houding (Hajjar & Kamel, 2003).

Bouman et al. (2007) gebruikten een vragenlijst die ontwikkeld is op basis van de ASKAS (ageing sexual knowledge and attitude scale) om attitudes bij zorgverleners te bevragen (Bouman et al., 2007). De resultaten van deze bevraging waren dat er een lichtelijk positieve houding is die het gedrag tolereert. Tolereren heeft in deze zin een bijzondere bijklank omdat het niet gaat om accepteren. Een aantal factoren kunnen maken dat er een negatievere attitude ontstaat. Enkele voorbeelden hiervan zijn een grotere hulpbehoefte van een oudere, de jonge leeftijd van de zorgverlener evenals een minder dan vijfjarige werkervaring (Elias & Ryan, 2011).

Een studie van Saretsky (1987) die afgenomen werd in de Verenigde Staten toont aan dat 60% van het zorgpersoneel het onnodig vindt dat ouderen seksueel actief zijn. Desondanks geeft 80% ook aan te erkennen dat ouderen seksuele behoeftes hebben. (Hajjar & Kamel, 2003). Hieruit blijkt dat er geen eensgezindheid is binnen de literatuur hierover.

Er werd onderzoek gedaan bij medewerkers van Vlaamse wzc door hogeschool Odisee en JVV Q in Zorg (2015). Hieruit blijkt dat 84,4% van de medewerkers erkent dat er nood is aan intimiteit en seksualiteit bij de bewoners. Verder staat de meerderheid ook positief tegenover seksualiteit binnen wzc. Seksualiteit wordt binnen dit onderzoek niet verder gedefinieerd. Hierdoor is het moeilijk dit eenduidig te interpreteren. Daarnaast geeft één op vier medewerkers aan niet te weten wat te doen in situaties waar ze te maken krijgen met seksualiteit van ouderen. Eén op drie geeft aan zich onwennig te voelen wanneer ze hierover in gesprek moeten gaan. Uit dit onderzoek blijkt dat 60% aangeeft binnen de voorziening geen ruimte te hebben om over seksualiteit te praten.

Vervolgens geeft ook 60% aan dat er meer aandacht moet zijn voor deze thematiek (Van Velthoven et al., 2016; Van Houdenhove et al., 2016). Wanneer zorgverleners het gesprek over seksualiteit aangaan met bewoners, is het noodzakelijk dat seksualiteit breed gedefinieerd wordt. Seksualiteit kan allerlei vormen aannemen, die zich niet enkel richten op penetratie. (Hajjar & Kamel, 2003).

Onderzoek van Zeiss en Kasl-Godley (2001) toont aan dat er weinig bekend is over de beïnvloeding van sociaal-culturele factoren op de houding tegenover en op het seksuele gedrag zelf van ouderen. Wel kwamen ze tot de bevinding, dat de omgeving waarin de persoon opgroeit, sociaal en cultureel gezien, een invloed heeft op de houding van die persoon ten aanzien van seksualiteit. Hieruit concludeert men zowel de beperkingen binnen de omgeving als de houding van het zorgpersoneel een negatief effect kunnen hebben op ouderen om deel te nemen aan seksuele activiteit (Zeis & Kasl-Godley, 2001).

Culturele diversiteit kan leiden tot tegenstrijdigheden zowel tussen bewoners en zorgpersoneel als tussen zorgpersoneel en bewoners. (Hajjar & Kamel, 2003).

Het Royal College of Nursing in Groot-Brittannië stelde richtlijnen op voor zorgverleners om hen te helpen met seksualiteit bij ouderen om te gaan. Een belangrijke factor is het evenwicht tussen recht op privacy en controle, waarbij het doel zorg en observatie is. Ouderen binnen voorzieningen moeten recht hebben op privacy, daarnaast is het belangrijk om voldoende zorg en ondersteuning te bieden. De bedoeling is gepaste zorg kunnen verlenen. Hiervoor is voldoende observatie van ouderen noodzakelijk om deze zorg mogelijk te maken (Van Houdenhove et al., 2016).

1.3.5 Barrières, uitdagingen en facilitatoren

De expressie van seksualiteit kan bemoeilijkt worden door enkele factoren zoals: het gebrek aan privacy, de attitude van het personeel, focus op zorg en veiligheid, het ontbreken van een partner, ziekte of stoornis (Elias & Ryan, 2011; Hajjar & Kamel, 2003; Makimoto et al., 2014). Uit de review van Elias en Ryan (2011) blijken privacy en attitude de grootste belemmerende factoren te zijn. Barrières en facilitatoren zijn twee keerzijden van dezelfde medaille.

1.3.5.1 Privacy

Gebrek aan privacy is een barrière die in de literatuur vaak voorkomt. Privacy in gevaar brengen kan gerechtvaardigd worden door het feit dat het de gezondheid kan verbeteren. De infrastructuur van wzc's zorgt ervoor dat bewoners moeilijk fysiek afstand van elkaar kunnen houden. (Hajjar & Kamel, 2003). Dit kan zorgen voor een geremdheid bij ouderen (Rheaume & Mitty, 2008).

1.3.5.2 Attitude

Allereerst geeft onderzoek van Elias en Ryan (2011) weer dat er onvoldoende tot geen training en educatie is voor het verzorgend personeel. Hierdoor krijgt normaal seksueel gedrag snel de stempel van problematisch gedrag (Elias & Ryan 2011). 60% van zorgverleners vindt seksualiteit op leeftijd niet meer nodig. Verschil in achtergrond tussen de actoren kan zorgen voor verschil in waarden en houding (Hajjar & Kamel, 2003).

De houding van de naasten kan een drempel zijn om open te spreken over seksualiteit. Zorgverleners kunnen een sleutelrol spelen in de behoefte aan seksualiteit en intimiteit en de uitdrukking hiervan bij ouderen. (Rheaume & Mitty, 2008).

1.3.5.3 Uitdagingen

Volgens het artikel van Elizabeth G. Calamidas (1997) zijn er enkele uitdagingen voor zorgverleners om seksuele gezondheid van ouderen te kunnen bevorderen. Allereerst dient men bewust te zijn van het professionele landschap en is er nood aan sensibilisering. Zorgverleners zijn onvoldoende voorbereid op het gebied van seksualiteit bij ouderen. Door dit aan te pakken kan de kwaliteit van de aangeboden zorg omhoog. Dit zorgt ook voor een positievere seksualiteitsbeleving van ouderen.

Ten tweede dienen ouderen te kunnen genieten van educatie en dienen zij vaardigheden te ontwikkelen. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de diversiteit in seksuele expressie. Ten slotte dient er een sekspositieve omgeving gecreëerd te worden (Calamidas, 1997).

1.4 Aditi vzw

Dit laatste hoofdstuk binnen de literatuur richt zich op seksuele dienstverlening. Aditi vzw is de enige organisatie die dit aanbied in Vlaanderen. Hierdoor worden zij belicht binnen dit thema.

Allereerst is het noodzakelijk het verschil te duiden tussen sekswerk en seksuele dienstverlening.

Iemand doet aan sekswerk wanneer die persoon in ruil voor een seksuele handeling geld ontvangt (Team Taaladvies, 2002). Echter is seksuele dienstverlening geen prostitutie, daar het focuspunt een zorgvraag is (Bruynseels et al., 2018). Het verschil zit in het soort model dat gehanteerd wordt. Bij sekswerk gaat het om een economisch model met persoonlijke overwegingen van de sekswerker. Daar het bij seksuele dienstverlening om een zorgmodel gaat, dat vertrekt vanuit een visie en gedragscode. Het focust niet op het financiële zoals bij sekswerk, maar meer op ondersteuning, met als doel welzijnsbevordering. Hierdoor is er geen financiële tussenkomst van Aditi vzw tussen de seksueel dienstverlener en de gebruiker hiervan.

Het aanbod binnen Aditi vzw is breed, denk aan vaardigheden aanleren, leren afbakenen, alternatieven aanreiken en beleven. Het aanbod bij sekswerk is echter vraaggericht en beperkter (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023). Daarnaast heeft men binnen Aditi vzw een werkkader waarmee ze zich onderscheiden van sekswerk. Dit werkkader wordt later uitgewerkt bij paragraaf 1.4.1.

Aditi vzw is een professionele organisatie in Vlaanderen die seksuele dienstverlening aanbiedt. Daarnaast zijn zij ook een advies-, informatie- en ondersteuningscentrum dat sinds 2008 actief is in het Vlaamse landschap rond de thema's relaties, intimiteit en seksualiteit bij personen met een zorgnood. Het hanteert een intersectorale werking vanuit een diversiteitsbenadering (Aditi vzw, z.d.). Individuen met een beperking, ouderen evenals psychische kwetsbaren kunnen terecht bij Aditi vzw. Er wordt gekozen de definitie van beperking te hanteren volgens het VN verdrag (2006): *“personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.”* (Verenigde naties, 2006).

Het netwerk van deze personen worden meegenomen in het dienstverleningsverhaal, aangezien zij een belangrijke actor zijn om met een cliënt aan de slag te gaan (Aditi vzw, z.d.).

De werking van Aditi vzw kan onderverdeeld worden in drie niveaus. Ten eerste is er het micro niveau, dit gaat over consultgesprekken met (mogelijke) cliënten en mogelijks ook met iemand uit diens netwerk. Dit kan gaan over vragen rond seksualiteit, maar kan ook een intake zijn voor een mogelijke seksuele dienstverlening, waarover meer bij paragraaf 1.4.1. Op meso niveau zet Aditi vzw zich in voor deskundigheidsbevordering. Dit gaat over teamondersteuning, opleidingen en vormingen binnen voorzieningen en thuisbegeleidingsdiensten. Op dit niveau richten ze zich ook op visie-beleidsondersteuning binnen organisaties. Ten slotte, op macro niveau, houden ze zich bezig met het maatschappelijk debat en expertiseontwikkeling. Ze trachten het maatschappelijk debat te sturen door bewustzijn rond seksualiteit, gevoelens, verlangen en noden in combinatie met ouderdom of beperking te vergroten. Op vlak van expertiseontwikkeling zetten ze zich bijvoorbeeld in om studenten te ondersteunen bij hun masterproefstudie en gaan ze zelf samenwerkingen aan met ervaringsdeskundigen en professionals om expertise op te bouwen. Deze werking tracht men zo laagdrempelig mogelijk te houden of probeert men indien mogelijk drempels volledig weg te werken (Aditi vzw, z.d.; M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

De visie die Aditi vzw uitdraagt is er één waar seksualiteit deel uitmaakt van ieders leven. Ieder persoon ongeacht leeftijd heeft het recht om seksualiteit betekenis en invulling te geven naar diens believen (Aditi vzw, z.d.). Seksuele dienstverlening wordt niet gereduceerd tot penetratieseks, maar gaat over een veel breder spectrum (Bruynseels et al., 2018).

1.4.1 Seksuele dienstverlening

Deze dienstverlening is voor personen met een zorgvraag of vragen rond het seksuele aspect (bv. een veilige seksualiteitsbeleving of het aanleren van masturbatie). Het aanbod binnen dienstverlening kan erg variërend zijn. Denk aan het aanleren van vaardigheden, afbakening waardoor er geen sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar van een fijne seksualiteitsbeleving, (her)ontdekken van de eigen seksuele oriëntatie, op zoek gaan naar mogelijkheden door bijvoorbeeld een veranderd lichaam en het beleven van seksualiteit. Er zijn echter enkele voorwaarden om in aanmerking te komen voor ondersteuning van Aditi vzw³. Hiervoor moet de persoon ouder zijn dan 65 jaar en door diens ouderdom, beperking of ziekte, zorgvragen ontwikkeld hebben op gebied van seksualiteit (Aditi vzw, z.d.). Het is een stapsgewijs proces, waarbij er op maat gewerkt wordt van de zorgvrager (Bruynseels et al., 2018).

³ Er wordt enkel ingegaan op de voorwaarden die van toepassing zijn binnen het masterproefonderwerp.

Allereerst wordt de zorgvraag gesignaliseerd. Dit gebeurt binnen een consultgesprek (Grenswijs, z.d.; Aditi vzw, z.d.). Indien dit gewenst of noodzakelijk is, wordt de seksuele ervaring en mogelijkheden besproken (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023). Vaak komt hier naar boven dat het gaat om een verlangen om als mens erkend te worden (Bruynseels et al., 2018). Men vertrekt vanuit de beleving van de oudere of het koppel. Door in gesprek te gaan, gaat men op zoek naar mogelijkheden (Aditi vzw, z.d.).

Na dit gesprek wordt er binnen Aditi gekeken of seksuele dienstverlening een goede optie is, soms is andere hulp gewenst (Bruynseels et al., 2018). Indien de intake wel naar dienstverlening leidt, wordt er getracht een dienstverlener te matchen aan de oudere. Bij de matching wordt er rekening gehouden met de zorgvraag enerzijds en met de sterktes en kwaliteiten van de dienstverlener anderzijds. De oudere kan niet zelf een dienstverlener kiezen.

Deze dienstverleners zijn zeldzaam omdat ze moeten voldoen aan bepaalde vereisten. Er wordt de kwaliteit van een zorgprofessional verwacht, denk hierbij aan empathie, geduld en inzicht in kwetsbaarheden van de cliënt. Daarnaast moet deze ook beschikken over luister- en gespreksvaardigheden en openstaan om seksualiteit te beleven met een cliënt (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

Vervolgens zal deze dienstverlener contact opnemen met de oudere om verdere afspraken te maken (Aditi vzw, z.d.). Autonomie en het gevoel van eigenwaarde kunnen weer groeien door seksuele dienstverlening (Bruynseels, Daems et al., 2018).

Onderzoek van Van Houdenhove et al. (2016) geeft weer dat in slechts één op vier WZC de mogelijkheid tot seksuele dienstverlening aangeboden wordt. In tegenstelling tot 60% van de zorgverleners uit dit onderzoek die vinden dat die mogelijkheid er wel moet zijn.

Om dit allemaal in goede banen te leiden heeft Aditi vzw een werkkader opgesteld. Zo wordt er afgesproken dat er maar één bezoek per maand gepland kan worden en dit voor één uur. Daarnaast betaalt de gebruiker bij seksuele dienstverlening voor het uur dienstverlening en niet per handeling. Verder wordt er op toegezien dat er geen contact is buiten dit uur. De oudere of het netwerk mag enkel contact opnemen met de dienstverlener om een afspraak te maken of te annuleren. Dit kader dient ter bescherming tegen verliefdheidsgevoelens.

Dit werkkader is men aan het herwerken aangezien de groep seksueel dienstverleners steeds groter wordt. Men tracht hierin een engagementsverklaring op te nemen. Het netwerk van de zorgvrager wordt aanzien als een belangrijke partner. Bijvoorbeeld om de zorgvrager te herinneren aan een afspraak of te zorgen voor hygiëne bij de zorgvrager voor een afspraak. Binnen een thuisvervangende setting nemen de zorgverleners dit vaak op zich.

1.4.2 Seksueel dienstverlener

Seksuele dienstverleners zijn mannelijke of vrouwelijke zorgverleners met ervaring in het geven van deze dienstverlening. Zij hebben vooral een ondersteuningsfunctie bij de seksualiteitsbeleving van een persoon. Binnen deze dienstverlening zijn er enkele waarden die van groot belang zijn, zoals aandacht voor privacy en toestemming. Gelijkwaardigheid en respect voor elkaar zijn kernelementen binnen de dienstverlening (Aditi vzw, z.d.).

Dienstverleners kunnen indien gewenst jaarlijks vier vormingen, drie interviews alsook één coachingsgesprek volgen.

Volgens het Familieplatform (2021) zijn seksueel dienstverleners verbonden aan het beroepsgeheim, aangezien zij hulpverleners zijn. Hierdoor is het niet noodzakelijk om familie over deze dienstverlening in te lichten (Familieplatform, 2021). Een medewerker van Aditi vzw geeft aan dat zij toch niet gebonden zijn aan het beroepsgeheim, maar dat zij verwacht worden zich aan de discretieplicht te houden. Dit aangezien seksuele dienstverlening onder welzijnswerk valt. (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023). Discretieplicht wijst op het niet mogen delen van gegevens aan individuen die er niet gerechtigd toe zijn, tijdens het uitoefenen van een functie (Van der Straete & Put, 2005). Aangezien seksuele dienstverlening valt onder welzijnswerk, dienen dienstverleners zich hier aan te houden (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

1.4.3 Uitdagingen

De groep dienstverleners wordt steeds groter. De vraag wordt ook steeds groter. Het is zo dat niet alle aanmeldingen leiden tot een traject seksuele dienstverlening. Aditi vzw dient zich hoe langer hoe meer te focussen op de kwetsbare der kwetsbaren om aan de vraag te kunnen voldoen. Dit wil bijvoorbeeld dus niet zeggen, dat vanaf dat iemand de leeftijd van 65 jaar⁴ bereikt heeft, zij automatisch een beroep op seksuele dienstverlening kunnen doen. De focus ligt op individuen die op geen andere manier seksualiteit meer kunnen beleven. Het is mogelijk dat er na een consult tips gegeven worden om seksualiteit te faciliteren, zonder een traject binnen seksuele dienstverlening. Daarnaast wordt er meer ingezet op kortdurende trajecten. Men probeert op deze manier na een aantal sessies over te schakelen op regulier sekswerk.

Ten slotte is Aditi vzw afhankelijk van overheidsmiddelen. Hierdoor zijn zij in zekere mate beperkt in hun mogelijkheden.

⁴ Dit is de leeftijd die binnen Aditi vzw toegepast wordt om te spreken van ouderen.

1.5 Probleemanalyse en Onderzoeksvraag

Het onderzoek omtrent seksualiteit en ouderen is relatief beperkt. De laatste jaren is er wel meer aandacht voor deze combinatie. Een groot deel van het beschikbaar onderzoek focust zich op disfuncties verbonden aan leeftijd. Daarnaast is er al heel wat onderzoek gedaan rond mythes en stereotypen omtrent seksualiteit bij ouderen.

Het beschikbare onderzoek focust zich in minder mate op seksualiteit in specifieke settings. Verder is het beschikbaar onderzoek rond seksuele dienstverlening zeer beperkt. Hierdoor worden zorgverleners geconfronteerd met allerlei obstakels binnen hun werksetting. In deze masterproef wordt getracht de zorgverleners aan het woord te laten. Er wordt gevraagd naar hun beleving en ervaringen. Op deze manier kunnen gemeenschappelijke thema's en misschien ook pijnpunten aan bod komen. Er wordt tevens getracht de theorie te linken aan de praktijk en zo te zoeken naar hiaten.

De onderzoeksvraag van deze studie bestaat uit twee vragen. De eerste luidt als volgt: *Wat is de attitude van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen binnen de thuis- en thuisvervangende setting?* Hierbij worden enkele bijvragen opgesteld: *Wat is de huidige implementatie van seksualiteit en seksuele dienstverlening binnen de werksetting?, In welke mate is er een beleid rond seksualiteit?, In welke mate wordt de familie betrokken bij dit gebeuren?*

De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt: *Welke drempels of facilitatoren ervaren zorgverleners bij het inspelen op de seksuele noden van ouderen?*

2 Methoden

Binnen dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven, startende met de verantwoording voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Verder wordt de onderzoeksprocedure uitgeschreven, om als laatste stil te staan bij de kwaliteitsvereisten bij dit soort onderzoek.

2.1 Methodologische verantwoording

Het onderzoeken van seksualiteit, intimiteit en seksuele dienstverlening binnen thuis- en thuisvervangende setting is mogelijk door het gebruik van kwalitatief onderzoek. De kwalitatieve onderzoeksmethode is inmiddels een vaak gebruikte vorm binnen onderzoek (Bakker & de Boer, 2021).

Howitt (2019) stelt dat het niet eenvoudig is een definitie te geven van kwalitatief onderzoek, aangezien verschillende onderzoekers dit anders definiëren.

Kwalitatief onderzoek heeft volgens Mittenfelner en Ravitch als doel inzichten te bieden in de manier waarop individuen de wereld zien, benaderen en ervaren. Daarnaast richt het zich op betekenis geven aan bepaalde belevingen of verschijnselen (Mittenfelner & Ravitch, 2016, p. 7 *onze vertaling*). Er wordt voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat het volgens Howitt gebruikt kan worden om gedetailleerde en descriptieve data te analyseren. Daarnaast tracht kwalitatief onderzoek zo dicht mogelijk bij de eigen ervaringen van de participant te blijven (Howitt, 2019). Om een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvraag is de kwalitatieve onderzoeksmethode de meest geschikte.

2.2 Onderzoeksprocedure

2.2.1 Opzet van de steekproef

2.2.1.1 Onderzoeksvragen

Binnen dit onderzoek zijn er twee hoofdvragen opgesteld. De eerste hoofdvraag luidt als volgt: *“Wat is de attitude rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen binnen de thuis- en thuisvervangende setting?”*

Daarnaast werden enkele deelvragen opgesteld om een verhelderend beeld rond deze thema's binnen de werksetting te verkrijgen. Allereerst werd bevraagd in welke mate er een beleid is.

Vervolgens werd gekeken in welke mate de familie betrokken wordt bij seksualiteit van ouderen. Om ten slotte stil te staan bij hoe dit concreet vorm krijgt binnen de setting. De tweede hoofdvraag luidt als volgt: *“Welke drempels of facilitatoren ervaren zorgverleners bij het inspelen op de seksuele noden van ouderen?”*

2.2.1.2 Operationalisering

De operationalisering van de onderzoeksvragen is gebeurd via focusgroepen. Er werd geopteerd voor een focusgroep omdat dit als doel heeft inzicht te krijgen in de beleving en ideeën van individuen over een bepaald thema (Savin-Baden & Howell Major, 2013). Deze manier wordt al sinds de jaren twintig gebruikt in de wereld van marketing en sinds enkele decennia wint deze methode ook aan populariteit in de medische wereld (Boendermaker et al., 2001). Verder is het een open en flexibele methode. Hierdoor heeft de moderator weinig invloed op de richting van het gesprek en dient dit enkel in goede banen te leiden. De interactie tussen deelnemers staat centraal (Van Assema et al., 1992). Dit kan een waardevolle toevoeging vormen aan de focusgroep, doordat er bijkomende informatie verstrekt kan worden (Howitt, 2019). Het is mogelijk om verschillende meningen tegenover elkaar te zetten binnen een focusgroep. Focusgroepen zijn een eenvoudige manier van om op relatief korte tijd, veel data te verzamelen (Van Assema et al., 1992).

Een focusgroep kan als methode op zichzelf staan of kan gecombineerd worden met kwantitatief onderzoek (Boendermaker et al., 2001). Wegens tijdsbeperkingen is besloten om binnen dit onderzoek focusgroepen als enige onderzoeksmethode te gebruiken. De focusgroepen werden afgenomen met een voordien vastgestelde vragenlijst, zie bijlage 7.

2.2.1.3 Participanten

De rekrutering van de participanten binnen dit onderzoek is gebeurd in de context van thuis- en thuisvervangende setting. De contactgegevens van mogelijke participanten werden verkregen via publiek beschikbare e-mailadressen. Verder werd het netwerk van de student-onderzoeker, copromotor en werkbegeleider aangesproken om de oproep te verspreiden. Deze oproep werd verspreid aan de hand van een flyer (bijlage 3).

Deze flyer werd naar persoonlijke e-mailadressen verstuurd, alsook werd de vraag gesteld deze op te nemen in hun nieuwsbrieven. Er werd een oproep geplaatst via sociale media met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Verder werden organisaties en individuen persoonlijk aangeschreven via mail of telefonisch gecontacteerd. Bij elke mail of telefonisch contact werd gevraagd de oproep verder te verspreiden, in de hoop zo veel mogelijk participanten te rekruteren. Daarnaast heeft Aditi vzw deze oproep ook op hun sociale media geplaatst.

Er werden online focusgroepen georganiseerd om zo veel mogelijk participanten op hetzelfde moment bij elkaar te krijgen.

Er werd gekozen geen specifieke werkdiscipline op de voorgrond te stellen. Op deze manier konden ervaringen zo breed mogelijk verkend worden over verschillende disciplines heen. Er werden vijf focusgroepen georganiseerd verspreid tussen november 2022 en april 2023. In totaal hebben zestien participanten deelgenomen aan de focusgroepen. Zes personen hadden hun interesse tot deelname laten blijken. Zij haakten echter af toen bleek dat de data niet verenigbaar waren met hun agenda.

2.2.1.3.1 Inclusiecriteria

Voor dit onderzoek zijn er enkele inclusiecriteria opgesteld. (1) Om te kunnen deelnemen aan het onderzoek moeten zorgverleners werkzaam zijn binnen de ouderenzorg. Dit is breed gedefinieerd en omvat de thuiszorg, de lokale dienstencentra en de woonzorgcentra. (2) Het is noodzakelijk dat de participanten voldoende Nederlands spreken en begrijpen om de focusgroep vlot te laten verlopen. (3) Participanten moeten bereid zijn tot eenmalige deelname aan een focusgroep. Verder dienden participanten schriftelijk een geïnformeerde toestemming te geven.

2.2.1.3.2 Klinische en demografische gegevens

Om een beeld te kunnen krijgen van de participanten werd er een bijkomende mail uitgestuurd om demografische gegevens te bevragen. Hierbij werd gevraagd naar (1) geslacht, (2) leeftijd, (3) werkplaats en (4) discipline waarin werkzaam.

Het totaal aantal participanten was zestien. Twee participanten hebben de demografische gegevens niet beantwoord. Zij worden niet meegenomen in de leeftijdsrange. Er is echter wel geweten dat zij tewerkgesteld zijn binnen een woonzorgcentrum. Daarnaast is er één participant die niet voldoet aan de vereisten van dit onderzoek aangezien deze niet tewerkgesteld is in een thuis- of vervangende setting. Hierdoor wordt deze niet betrokken bij de resultaten en discussie (Participant 1 in onderstaande tabel).

De gemiddelde leeftijd van de participanten was zevenendertig jaar⁵. 40% van de participanten identificeerden zichzelf als man. De overige 60% identificeerde zich als vrouw.

⁵ Participant 1, 15 en 16 uit de tabel hieronder zijn niet meegenomen in dit gemiddelde aangezien deze gegevens niet beschikbaar zijn of zij niet voldoen aan de vereisten van het onderzoek.

Er waren verschillende disciplines aanwezig tijdens de focusgroepen (zie tabel hieronder). De meerderheid van de participanten was tewerkgesteld binnen een woonzorgcentrum (N= 13). Eén participant binnen deze groep heeft ervaring binnen een lokaal dienstencentrum. Er waren slechts twee participanten tewerkgesteld binnen de thuiszorg.

Tabel 1: Persoonsgegevens participanten

Participant	Leeftijd	Discipline
1	n.v.t.	n.v.t.
2	28	Ergotherapeut
3	26	Psycholoog
4	33	Verpleegkundige
5	47	Maatschappelijk werker
6	32	Coördinator
7	55	Verpleegkundige
8	36	Psycholoog
9	31	Sectorverantwoordelijke
10	32	Verpleegkundige
11	40	Verpleegkundige
12	39	Coördinator
13	58	Directie
14	28	Ergotherapeut
15	Geen info	Verpleegkundige
16	Geen info	Verpleegkundige

Voor de start van de focusgroep kregen alle deelnemers een informed consent, zie bijlage 6, via mail. Deze werd ondertekend en teruggestuurd.

2.2.2 Dataverzameling

Gedurende periode van november 2022 tot april 2023 werden participanten uitgenodigd tot een eenmalige focusgroep van ongeveer twee uur. Deze vond plaats via MS Teams, waardoor een verplaatsing niet nodig was. Deze keuze werd gemaakt om zo veel mogelijk participanten te kunnen aantrekken.

Anderhalve week voor de focusgroep kregen participanten een mail met het informed consent (bijlage 4 & 6). Dit dienden zij te ondertekenen en terug te sturen. Hierin werd ook praktische informatie gegeven. Daarnaast kregen participanten een week tot enkele dagen voor de focusgroep een herinneringsmail (bijlage 5).

Bij de start van de focusgroep werden participanten kort ingelicht over het doel van de focusgroep. Het informed consent wordt tevens overlopen net zoals de toestemming tot opname van de focusgroep. Hierbij werd geduid op de vrijwilligheid van hun deelname. Er vonden vijf focusgroepen plaats met gemiddeld drie deelnemers per focusgroep. Bij elke focusgroep was er een moderator en observator aanwezig. Deze zorgde na elke focusgroep voor een reflectief moment. Hier werden opvallende verbale en non-verbale zaken besproken. Tevens werd er besproken of de vragenlijst aanpassingen nodig had.

De focusgroep werd uitgevoerd aan de hand van een leidraad (bijlage 7). Deze was opgebouwd uit open vragen, dit om erover te waken dat participanten niet gestuurd werden in een bepaalde richting. Verder is de leidraad zo opgebouwd dat er eerst een hoofdvraag is, gevolgd door enkele bijvragen. Er wordt gekozen eerst een algemene vraag te stellen om zo de participanten niet in een bepaalde richting te sturen. De bijvragen zijn bedoeld om meer specifieke informatie of extra duiding te krijgen (Savin-Baden & Howell Major, 2013). Daarnaast kunnen er extra bijvragen gesteld worden die op voorhand niet opgenomen zijn in de leidraad. Deze bijvragen zijn gericht op verdieping van de informatie over een specifieke gespreksinhoud. Een voorbeeld van zulke bijvragen is 'Kan je dat wat meer uitleggen?', 'Ik hoorde je dit zeggen, hoe bedoel je dat precies?' (Howitt, 2019).

2.2.3 Data-analyse

Deze kwalitatieve data werd verwerkt aan de hand van een thematische analyse. Op deze manier werd er gekeken naar patronen in de data. De data werd vervolgens gecodeerd naargelang deze thema's (Fugard & Potts, 2019).

Deze thema's werden gebruikt om zicht te krijgen op het inhoudelijke aspect van de data (Howitt, 2019). Boyatzis (1998) gaf volgende definitie voor thematische analyse: *“Thematic analysis is a method for identifying, analysing and reporting patterns (themes) within data. It minimizes and describes your data set in (rich) detail.”* (Boyatzis aangehaald in Braun & Clarke, 2006, p.79). Er werd bij deze analyse gebruik gemaakt van een inductieve benadering. Dit wijst er op dat gegevens gecodeerd werden zonder dat er reeds een coderingskader of codeboom aanwezig was (Braun & Clarke, 2006). De codes werden gevormd vanuit de data. Deze thematische analyse werd uitgevoerd aan de hand van de stappen van Braun en Clarke zoals hieronder beschreven.

Allereerst werd er grondig kennis gemaakt met de data. Aangezien de data door de student-onderzoeker zelf is afgenomen ontstaat er al enige voorkennis van de gegevens. Na het transcriberen van de focusgroepen, werden deze opnieuw doorgenomen. Na het lezen van het transcript werden er aantekeningen gemaakt voor mogelijke codes (Braun & Clarke, 2006). Ten tweede werd na deze grondige kennismaking met de data, initiële codes gegenereerd. Bij deze codes heeft men getracht zo dicht mogelijk bij de initiële data te blijven. Er werd gebruik gemaakt van een codering via Word, hierbij werd het stuk tekst aangeduid in kleur en werd de code aan de zijkant ingevoegd (Braun & Clarke, 2006).

Ten derde werd deze lange lijst van codes in de dataset gesorteerd in potentiële thema's. Voor de verschillende codes werd er gezocht naar een overkoepelend thema. Deze codes werden op post-its genoteerd en zo op een muur bevestigd. Hierdoor kon een code eenvoudig van plaats veranderd worden en kon een overzicht bewaard blijven (Braun & Clarke, 2006).

Ten vierde werd gekeken of er voldoende gegevens onder deze thema's konden geplaatst worden. In overleg met de copromotor werden thema's samengevoegd onder een gemeenschappelijk thema, waardoor er subthema's gevormd werden. Daarnaast werd er stilgestaan bij de relevantie van de codes voor dit onderzoek. Op basis van deze gegevens werd een codeboom gevormd, zie bijlage 8.

Wanneer men tevreden was over de codeboom die gevormd was met thema's en subthema's, werd de initiële data nogmaals bekeken. Hierdoor kon men nagaan of er niks over het hoofd gezien werd. Op basis van deze stappen kwam een codeboom tot stand waarmee in de resultaten aan de slag gegaan werd (Braun & Clarke, 2006).

2.3 Kwaliteitsvereisten bij kwalitatief onderzoek

Deze paragraaf focust zich op de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. Zo wordt een blik geworpen op verschillende criteria die te maken hebben met de kwaliteit van het onderzoek. Allereerst wordt gekeken naar de betrouwbaarheid. Verder wordt de validiteit evenals de generaliseerbaarheid besproken.

2.3.1 Betrouwbaarheid

Binnen kwantitatief onderzoek gaat de betrouwbaarheid van onderzoek over consistentie en repliceerbaarheid van de gevonden resultaten (Mortelmans, 2020). Bij kwalitatief onderzoek is men er bewust van dat de realiteit sociaal geconstrueerd is, waardoor het kan evolueren. Hierdoor levert elke kwalitatieve studie unieke resultaten op, die een invloed hebben op de repliceerbaarheid.

Bij een thematische analyse varieert de kwaliteit hiervan afhankelijk van de onderzoeker. Hierdoor kan de analyse verschillen tussen onderzoekers (Howitt, 2019). De data analyse werd zo transparant mogelijk beschreven volgens de methode van Braun en Clarke (paragraaf 2.2.3 Data-analyse). Dit kan de reproduceerbaarheid verhogen. Om de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek te garanderen werden alle gecodeerde transcripten doorgestuurd naar externen (de werkbegeleider in dit geval). Hierbij werd rekening gehouden met de privacy van de participanten.

2.3.2 Interne validiteit

Binnen kwalitatief onderzoek gaat de validiteit over de feitelijkheid van de resultaten. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of de onderzoeker meet wat hij beweert te meten (Howitt, 2019). Bij kwalitatief onderzoek moet men zich bewust zijn van de interpreteerbaarheid van de data.

Allereerst wordt er bij de focusgroepen voldoende tijd uitgetrokken om stil te staan bij de participanten en door te vragen op diens antwoorden. Er wordt op deze manier getracht zo dicht mogelijk bij de kern te komen en alzo de onderzoeksvragen beantwoord te zien. Aan het einde van de focusgroepen werd een korte samenvatting gegeven. Dit had een tweedelig doel. Ten eerste werd op deze manier achterhaald of de onderzoekers de inhoud goed begrepen hadden. Ten tweede werd dit gedaan om te kijken of er nog aanvullingen dienden gemaakt te worden.

Onderzoekstriangulatie werd binnen dit onderzoek bereikt door nauwe samenwerking tussen student-onderzoeker en werkbegeleider. Hierdoor werden verschillende invalshoeken betrokken, wat een meerwaarde kan vormen tegen onderzoeksbias (Mortelmans, 2020; Benders 2023). Het opstellen en finaliseren van de codeboom werd in overleg gedaan met de werkbegeleider. Binnen de focusgroepen was de werkbegeleider aanwezig als observator. Op deze manier was het mogelijk om te kijken of de data op een eenduidige manier begrepen kon worden of er om verduidelijking gevraagd diende te worden (Benders, 2023).

Aangezien kwalitatief onderzoek vorm gegeven wordt door de blik van de onderzoeker (Russell & Kelly, 2002), werd een framework (bijlage 9) opgesteld. Dit werd opgesteld om op een reflectieve manier met dit onderzoek om te gaan. Binnen dit framework werd stilgestaan bij persoonlijke aannames en biases, die mogelijks een invloed hebben op het onderzoek (Mortari, 2015).

2.3.3 Generaliseerbaarheid

De generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten kijkt of de resultaten ook gelden voor de gehele populatie of in andere situaties (Howitt, 2019; Mortelmans, 2020).

Er wordt gestreefd naar een veralgemening van de resultaten in andere situaties. De organisatie van de focusgroep, net zoals informatie over de deelnemers zorgt ervoor dat men dit met andere studies kan vergelijken (Mortelmans, 2020). Binnen dit onderzoek tracht men generaliseerbaarheid te bekomen door zo nauwkeurig mogelijk participantgegevens te delen, met oog voor de privacy. Verder wordt de leidraad van het onderzoek gedeeld, waardoor deze beschikbaar is voor latere studies.

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van een beperkt aantal focusgroepen, hierdoor is het moeilijk om resultaten te kunnen veralgemenen naar de voltallige populatie. Wat betreft de thuisvervangende settings was er bij sommige zaken (bv. privacy, beleid, kennis en opleiding) sprake van datasaturatie. Dit wil zeggen dat er geen nieuwe argumenten of inzichten aan bod kwamen. Het gaat om een verzadiging van de data (De Lepeleire, 2018, pp. 128-131). Dit dient echter genuanceerd te worden, binnen de thuissetting is deze datasaturatie niet bereikt.

2.4 Ethische verantwoording

De aanvraag tot dit onderzoek diende aangemeld te worden bij de Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent. Deze aanvraag gebeurde via een onderzoeksportaal. Via dit portaal worden extra elementen gevraagd door de commissie (bv. een cv van de verschillende onderzoekers). Binnen deze commissie werd de aanvraag besproken en genoot deze later van een goedkeuring (THE-2022-0064). Deze is te raadplegen in bijlage 1. (Universitair Ziekenhuis Gent, 2023).

Later werd deze aanvraag ook ingediend bij de online applicatie van de KU Leuven (SCONE).

Daarnaast werden participanten geïnformeerd over het onderzoek door het 'informed consent' (Bijlage 6). Dit document dienden zij te ondertekenen. Bij de start van de focusgroepen, werd dit telkens kort overlopen.

Anonimiteit kan via focusgroepen niet gewaarborgd worden (Howitt, 2019). Er werd echter aan het begin van de focusgroep gevraagd aan de deelnemers de vertrouwelijkheid te waarborgen. Bij het analyseren van de resultaten werd de persoonlijke informatie weggelaten. De vertrouwelijkheid van deze data werd gegarandeerd door de student-onderzoeker en de werkbegeleider. Deze data wordt bewaard in een beschermde map. Tevens werd ook meegedeeld dat ze ten allen tijden de focusgroep konden verlaten zonder nadelige gevolgen. Als laatste werd er aan het einde van elke focusgroep gevraagd of participanten bij afronding van het onderzoek de resultaten wensen te ontvangen.

3 Resultaten

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten weergegeven die bekomen werden via een thematische analyse.

Ten eerste wordt stilgestaan bij het thema privacy. Dit komt binnen de focusgroepen aan bod als een belangrijke barrière, zowel wat betreft werking als wat betreft infrastructuur.

Ten tweede wordt het thema openheid behandeld. Daar wordt gekeken naar de bespreekbaarheid van seksualiteit. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillende actoren (zorgverleners, ouderen en familie). Verder wordt hier ook kort stilgestaan bij veiligheid. Uit de focusgroepen blijkt dat veiligheid een voorwaarde is om seksualiteit en seksuele dienstverlening te kunnen bespreken.

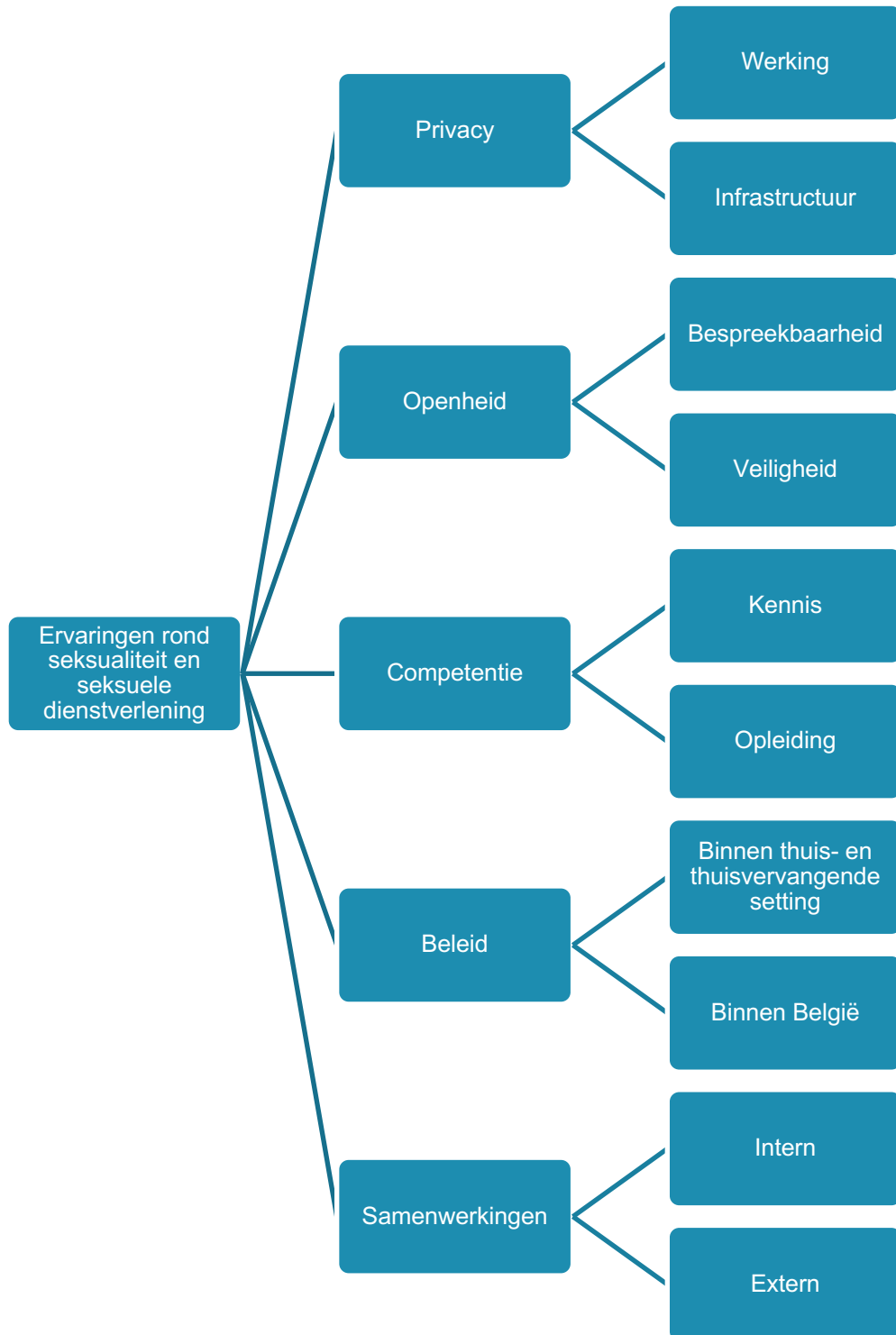
Ten derde wordt het thema competentie behandeld, dit splitst zich op in kennis en opleiding. Zowel kennis als opleiding komen binnen het onderzoek naar voren als werkpunten volgens verschillende actoren.

Ten vierde wordt het thema beleid behandeld. Uit de focusgroepen komt naar voren dat er op vlak van beleid nog heel wat werk is. Er wordt niet enkel de focus gelegd op het beleid binnen organisaties, maar het wordt ook breder bekeken binnen België.

Ten slotte wordt het thema samenwerkingen behandeld. Hier wordt een blik geworpen op verschillende interne en externe samenwerkingen.

Figuur 3

Schematische weergave resultaten



3.1 Thema één: privacy

Het thema privacy kwam doorheen de focusgroepen frequent aan bod als belangrijke barrière/facilitator. Er wordt bekeken hoe het thema privacy aan bod komt binnen de werksetting.

3.1.1 Werking binnen setting

De huidige implementatie toont dat privacy een heikel punt is voornamelijk binnen de thuisvervangende setting, waar er minder privacy is in tegenstelling tot binnen de thuissetting. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het niet wachten om een kamer te betreden alvorens de bewoner antwoord heeft gegeven of het niet kloppen op de kamerdeur door zorgverleners of naasten. De mentaliteit van 'werken in het huis van de bewoners' ontbreekt vaak binnen een thuisvervangende setting volgens de participanten.

“Uiteindelijk vind ik de zorg die we leveren zou eigenlijk een beetje moeten zijn als een thuiszorg en waar dat de, uuhm hun kamer effectief hun woonomgeving is waar dat wij mogen binnenkomen en binnen stappen, maar waar wij niet de scepter moeten zwaaien.” (Focusgroep 2, 32 jaar, coördinator).

Aangezien participanten aangeven dat de bewonerskamer de enige en vertrouwde ruimte is om seksualiteit en intimiteit te beleven, zeggen zij dat het noodzakelijk is hier afspraken rond te maken (bv. bordjes aan de deuren).

“Ja, dat is bij ons ook wel het geval. Nu wij hebben ook in de optiek van RIS (relatie, intimiteit, seksualiteit) en ook breder “niet storen” deurhangers, die ze kunnen gebruiken, ook als ze gewoon eens alleen willen zijn, waardoor dat ze extra letten op moeten kloppen en wachten tot ze binnen komen, normaal moet dat sowieso. Dat is toch nog veel te veel te optiek van de mensen wonen op mijn werk, in plaats van wij werken in de mensen hun huis” (Focusgroep 4, 39 jaar, coördinator).

Privacy wordt ervaren als één van de belangrijkste barrières tot het beleven van seksualiteit. Organisaties proberen de seksualiteitsbeleving van ouderen te faciliteren door: bordjes aan de deur te hangen met een 'niet storen' boodschap, afspraken te maken rond seksualiteit, en discretie te tonen omtrent het bezoek van een seksueel dienstverlener.

“Als medebewoners denk ik niet dat bij ons geweten zou zijn dat dat een seksueel hulpverlener is, want die kan even goed op bezoek komen” (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

Een belangrijke opmerking hierbij is echter dat bordjes net taboe in de hand kunnen werken, waardoor het gebruik ervan beperkt is.

“We hebben bewust niet de “do not disturb” bordjes genoemd omdat er dan inderdaad net weer de aandacht er naartoe trekt, maar we hebben eigenlijk een combinatie gemaakt. We merkte als mensen bezoek verwachten en ze willen deelnemen aan een activiteit, dat ze vaak zelf een briefje schrijven en op de kamer leggen “van ik ben in de cafetaria of ik ben daar”. Dat hebben wij eigenlijk geïntegreerd in ons bordje dus we werken met opties dat de bewoner kan aanduiden waar hij is bijvoorbeeld “bij de kapper of in de cafetaria”, maar evengoed “in wens niet gestoord te worden” dat is ook een optie. Aan elke deur hangt er zo’n bordje waardoor de nadruk er niet opgelegd wordt, maar waardoor ze wel degelijk dat zo kunnen aanduiden.” (Focusgroep 3, 55 jaar, verpleegkundige).

Binnen de thuiszorg geeft men deze barrière niet aan. Zorgverleners komen bij personen aan huis, waardoor zij zelf bepalen wie het huis mag betreden. Binnen de thuiszorg wordt een planning opgemaakt wanneer zorgverleners aanwezig zijn. Hierdoor kan de spontaniteit van seksualiteit belemmerd worden.

Participanten geven aan dat ouderen heel wat geremdheid ervaren rond seksualiteit. Verder leunt het beroepsgeheim ook aan bij de privacy van personen, aangezien informatie niet zomaar met naasten gedeeld mag worden zonder toestemming van het individu. Op deze manier kan privacy rond seksualiteit bijvoorbeeld gewaarborgd blijven.

“Dus uuhm, ik vind het een hele dubbele, onder andere zoals medicatiebeleid daar wil ik wel wat informatie over, oké, maar er zijn toch meerdere intieme dingen die ik hier van heel veel mensen weet, die ik ook niet ga doorbrieven, enkel als ze ten goede komen van de zorg zal ik ze wel doorbrieven, maar voor de rest in vertrouwen is in vertrouwen, vind ik ook altijd. Het mag niet ten nadele zijn van de bewoner. Dat is ook wel heel belangrijk vind ik persoonlijk.” (Focusgroep 3, verpleegkundige).

3.1.2 Infrastructuur

De infrastructuur als belangrijke barrière blijkt volgens de focusgroepen enkel aanwezig binnen de thuisvervangende setting. Binnen de thuiszorg is er meer vrijheid op vlak van privacy en infrastructuur doordat deuren op slot kunnen en bezoek niet zomaar het huis zal betreden.

Daarentegen ligt dit aspect wel moeilijk binnen de thuisvervangende setting, hierbij geeft men enkele voorbeelden aan. Het aantal koppelkamers is vaak zeer beperkt in aantal. Soms is er sprake van gedeelde badkamers. Er zijn vaak geen sloten op de kamerdeuren. Tot op heden zijn er nog geen tweepersoonszorgbedden ter beschikking en wordt er vooral gebruik gemaakt van eenpersoonsbedden. Het gebrek aan tweepersoonsbedden probeert men op te lossen via een pont d'amour, waardoor twee eenpersoonsmatrassen met elkaar verbonden kunnen worden. Deze mogelijkheid bestaat niet voor zorgbedden, waardoor zorgverleners creatieve oplossingen moeten zoeken.

Bovendien wordt de nood aan architecturale wijzigingen benadrukt, zoals het vormen van kleinere leefgroepen en het voorzien van meer koppelkamers. Zorgverleners proberen hierop in te spelen door koppels de mogelijkheid te bieden bij elkaar te slapen door één kamer in te richten als slaapkamer en de andere als woonkamer.

“Daarom dat ik zeg van dat taboe, je ziet dat ook bij de leveranciers, dat ze daarin nog niet mee zijn om zo'n pont d'amour beschikbaar te stellen. Hetgeen dat wij wel doen is een soort van positioneringskussen, eentje zelf op maat hebben gemaakt. Een bananenkussen, maar wij hebben dat gewoon uitgerekt en dat ligt er bij ons tussen. Dit is een tijdelijke oplossing, dat is zeker geen bestendig iets” (Focusgroep 4, 58 jaar, directie).

3.2 Thema twee: openheid

Het thema openheid wordt opgesplitst in twee subthema's: bespreekbaarheid en veiligheid. Bespreekbaarheid kwam binnen de focusgroepen vaak aan bod. Binnen de resultaten wordt gekeken naar hoe men seksualiteit bespreekbaar probeert te maken en welke drempels hierbij ervaren worden. Vervolgens wordt stilgestaan bij de veiligheid. Om seksualiteit bespreekbaar te kunnen maken is er volgens participanten een zekere vorm van veiligheid nodig

3.2.1 Bespreekbaarheid

Momenteel bestaat er binnen de thuis- en thuisvervangende setting volgens de data nog veel schroom rond het bespreekbaar maken van seksualiteit en seksuele dienstverlening. Er is een grote diversiteit tussen zorgverleners onderling in de mate van het zich comfortabel voelen om dit thema te bespreken met ouderen. Wanneer collega's zich minder comfortabel voelen om seksualiteit te bespreken, wordt dit doorgeschoven naar iemand die zich ervaren genoeg voelt hiervoor.

Er is dus vaak slechts één aanspreekpunt, waarbij deze persoon ervaring en aanzien t.a.v. dit onderwerp bezit, vaak een teamcoach, referentiepersoon of hoofdverpleging. Dit zorgt ervoor dat er vaak achter de feiten aangelopen wordt.

“Het is niet omdat ik referentiepersoon ben, dat ze mij dan moeten sturen want dan is het vaak vijgen na Pasen. Op het moment zelf, wat vaak in een intieme wassituatie is of dergelijke waar er intieme noden of dergelijke naar boven komen, dat ik het dan wel fijn vind dat de collega’s zelf de stap durven zetten om dat gesprek op die moment aan te gaan” (Focusgroep 3, 36 jaar, psycholoog) .

Er wordt door de participanten verondersteld dat jongere medewerkers meer schroom ervaren om met seksualiteit om te gaan. Jonge medewerkers zijn degene die pas de schoolbanken verlaten hebben en rechtstreeks in het werkveld stappen waardoor ze het soms ‘raar of vies’ vinden wanneer iemand masturbeert of wanneer een beroep gedaan wordt op seksuele dienstverlening.

“[...] Maar toen dat we uitlegde aan de collega’s op de afdeling van, van kijk hé mogelijks gaat meneer seksueel contact hebben was dat van “maar eih, maar eih, maar vies” en dat dat vooral bij de jongere collega’s is” (Focusgroep 1, 40 jaar, verpleegkundige).

Bovendien nemen participanten verschillen waar in de openheid t.a.v. dit thema afhankelijk van de discipline waarin de zorgverlener geschoold is. Zo wordt aangehaald dat kinesisten en ergotherapeuten hier vaak meer open voor staan dan verpleegkundigen. Zorgverleners dienen de nood aan seksualiteit op een continue basis te bevragen en op te volgen. Wanneer zorgverleners in hun gesprekken geen ruimte laten om dit thema te bespreken, kan dit aan ouderen het signaal geven dat diens nood ongepast is. Ouderen en zorgverleners nemen beiden vaak een afwachtende houding aan tegenover het nemen van initiatief om seksualiteit te bespreken. Het kan helpend zijn als de organisatie zelf een signaal geeft dat seksualiteit besproken mag en kan worden. Participanten geven immers aan dat ouderen het als bevrijdend ervaren als ze over seksualiteit kunnen praten.

“ja ik denk ook wel dat zo van die initiatieven het inderdaad, het bespreekbaar maken wat verhogen. Als jij als instelling kan laten zien van wij vinden dat hier normaal om over seksualiteit te praten en wij vinden dat helemaal geen taboe onderwerp en wij organiseren daar iets over dan geef je zo een soort signaal wel aan, aan bewoners of aan ouderen van: ‘ja, je mag daar iets over zeggen. Wij zijn daar niet door gechoqueerd als je er iets over gaat zeggen.” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Door de bespreekbaarheid te verhogen kunnen noden sneller in kaart gebracht worden en wordt seksualiteit en seksuele dienstverlening genormaliseerd. Dit verhoogt ook de bespreekbaarheid van andere actueel gerelateerde onderwerpen. Zo geven participanten aan dat er bij ouderen heel wat nieuwsgierigheid speelt rond bijvoorbeeld de transgendergemeenschap of LGBTQIA+.

“Ze stellen er zich ook vragen bij van wat is dat juist, wat houd dat net in? Ze willen er ook wel graag meer over weten. Niet per se dat ze zelf tot die categorie behoren, maar gewoon van wat is dat juist, wat leeft er nu. Hé als een meisje een meisje kust hé dan was het kot te klein en nu is dat allemaal normaal. Ik heb het gevoel dat ze er ook niet altijd, daar niet in kunnen volgen maar, maar de interesse is er wel van oké dat is goed dat dat er is en ja gewoon dat ze daar ook wel over willen weten ook en over willen spreken van “oh die zijn uit de kast, wat houd dat in?” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Alertheid vanuit de zorgverlener voor deze nieuwsgierigheid kan een brug vormen naar de seksualiteitsbeleving van de ouderen zelf en kan de noden of wensen van die ouderen bespreekbaar maken. Daarnaast kan een bezoek aan travestieshows, een uppedare of een gezelschapsspel, een voorzet geven om een gesprek hierrond open te trekken. De resultaten geven aan dat de volgende generatie ouderen meer zal opkomen voor de eigen noden. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat het gesprek sneller aangegaan wordt en de bespreekbaarheid wordt verhoogd.

Doorheen de focusgroepen werden volgende barrières m.b.t. het thema openheid waargenomen. Allereerst heeft men het over de jonge leeftijd van zorgverleners en de schroom die zij ervaren. Vervolgens komt naar voren dat verschillende origine de bespreekbaarheid mogelijks in de weg kunnen staan. Dit tracht men aan te pakken door werkgroepen rond het thema op te richten of zorgverleners te sensibiliseren. Men probeert de boodschap over te brengen dat seksualiteit een basisnood is die niet verdwijnt bij het ouder worden. Ten slotte kan de attitude van zorgverleners een barrière vormen. Ze kunnen vinden dat seksualiteit op oudere leeftijd niet meer gepast is. Dit kunnen ze in hun handelen laten uitschijnen door bijvoorbeeld signalen te negeren of uitspraken te doen zoals: ‘kunnen we geen medicatie geven hiervoor?’.

Het kan een hulpmiddel zijn wanneer zorgverleners proactief de mogelijkheden binnen de organisatie bespreken. Bijvoorbeeld zoals de mogelijkheid tot seksuele dienstverlening of het gebruik van een opblaaspop. Op deze manier weten ouderen waar ze beroep op kunnen doen binnen de organisatie.

Dit zou bijvoorbeeld kunnen bij het intake gesprek binnen de organisatie of via groepsgesprekken.

Volgens een participant zou het zelfs raadzaam zijn tijdens selecties voor een nieuwe job enkele vragen rond seksualiteit te stellen. Zo krijgt men inzicht in de attitudes van een persoon omtrent dit thema.

Het is zinvol aandachtig te zijn voor de motivatie van sommige zorgverleners. Door een hoge mate van motivatie om seksualiteit een waardige plaats binnen de setting te geven, is er kans tot verseksualisering. Niet iedereen heeft even veel behoefte aan seksualiteit, de eigenheid van ouderen dient steeds bewaard te blijven.

Participanten gaven een facilitator om de bespreekbaarheid te verhogen. Volgens hen kan het een meerwaarde zijn dat de Vlaamse ouderenraad een subactie rond seksualiteit op poten zet. Daarnaast kan seksualiteit in een soap als Thuis of Familie zorgen voor een verhoogde bespreekbaarheid.

“[...] Eigenlijk moet dat altijd een keer in een programma als familie of thuis aan bod komen en dan wordt dat gemakkelijker bespreekbaar. Dus misschien moeten we dat eens doorgeven aan de schrijvers van familie of thuis en dan wordt dat gemakkelijker bespreekbaar hé, wie weet.” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog)

Bij het bespreken van seksualiteit kan de familie een belangrijke partner zijn. Bijvoorbeeld bij het ontstaan van een nieuwe relatie of behoefte tot seksuele dienstverlening is het belangrijk dat dit t.a.v. naasten genormaliseerd wordt.

“Je moet dat ook gewoon zo normaal als mogelijk te laten lijken. Alle ik bedoel het is geen slecht nieuws gesprek, het is gewoon een gesprek van kijk er is een bepaalde behoefte en ik wil dat graag met jullie bespreken zonder al te veel show van te maken alle gewoon. Het is de normaalste zaak van de wereld uiteindelijk hé” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Uit de data blijkt echter dat ouderen het onderwerp seksualiteit niet snel zullen aansnijden bij hun familie. Het is een onderwerp dat eerder aan bod komt bij vrienden. De keerzijde hiervan is dat op hoge leeftijd vrienden mogelijks gestorven zijn of in een (andere) voorziening zitten. Ook vanuit een thuiswonende partner kan een vraag of bezorgdheid rond seksualiteit komen. Zoals de vraag hoe ze binnen de voorziening omgaan met seks of wat doen met een dementerende oudere, die een nieuwe relatie start, maar nog een thuiswonende partner heeft. Wanneer zorgverleners deze mogelijke vragen positief benaderen, kan dit ervoor zorgen dat de drempel voor ouderen en eventueel voor de partner om dit bespreekbaar te maken verlaagd wordt.

Familie kan ook een bron van informatie zijn om het seksuele verleden van de persoon in kaart te brengen. Zo kan men kijken of er sprake was van seksueel grensoverschrijdend gedrag, wat mogelijks een impact kan hebben op het huidig (non-)verbaal gedrag van de oudere. Doordat seksualiteitsbeleving door familie nog vaak als een taboeonderwerp ervaren wordt, is het raadzaam om in de thuis- en thuisvervangende setting het gesprek te laten voeren door de zorgverlener die een goede band heeft met de naasten.

“In andere gevallen denk ik dat er ook wel gekeken wordt wie als medewerker heeft er een goede band met de bewoner en met de familie. Ik denk dat dat dan dikwijls ook wel de meest aangewezen persoon is om die gesprekken te doen.” (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

“Meestal, op dit ogenblik is dat toch zo is altijd de woon-leef-begeleider daarbij, dat is een ergotherapeut van opleiding. Die een heel nauwe band heeft met familieleden, die ook van quasi het oorsprong van het huis in huis is, dus familieleden kennen die persoon vrij vlug. Iedereen wordt ook voorgesteld bij een intake van wie is wie en voor wat kan je bij die persoon terecht. Die band wordt voor een stukje opgelegd is een groot woord, maar mensen weten wel dat dat een vertrouwenspersoon is in huis rond precare situaties. Ook in vroegtijdige zorgplanning wordt deze persoon betrokken.” (Focusgroep 4, 58 jaar, directie).

3.2.2 Veiligheid

Veiligheid is volgens participanten een belangrijke voorwaarde. Zowel voor ouderen om hun noden t.a.v. seksualiteit te rapporteren als voor zorgverleners om dit thema op te nemen. Dit geldt zowel voor een thuis- als thuisvervangende setting.

Het kan bijvoorbeeld vreemd aanvoelen voor een zorgverlener wanneer een oudere aangeeft seksuele noden te hebben, zeker bij het wassen en verzorgen van het intiem toilet. Seksualiteit wordt op deze manier in de werkrelatie binnengebracht wat voor een onwennige situatie kan zorgen. Het is voor zorgverleners ook niet altijd duidelijk of er sprake is van grensoverschrijdend gedrag (bijvoorbeeld: bij het optreden van een erectie). Kadering hierbij is noodzakelijk en volgens participanten is deze rol weggelegd voor een teamcoach.

“In sommige gevallen is grensoverschrijdend gedrag, echt moedwillig grensoverschrijdend gedrag dat kan zeker niet getolereerd worden [...] Als dat gaat over een persoon met dementie die de verzorgende verward met zijn echtgenoot en daar gebeurt dan iets, ja moet je aan de ene kant wel erkennen van oké dit gedrag kan niet,[...] denk dat dat wel belangrijk is, het is wel gebeurd, wat heb jij nodig om u terug goed te kunnen voelen als medewerker” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Deze quote geeft duidelijk weer hoe men een veilige omgeving probeert te construeren. Daarnaast kan veiligheid binnen het werkteam gecreëerd worden door collega's. Deze kunnen een vangnet vormen om bezorgdheden en emoties te ventileren. Dit kan informeel (vb. koffiemoment) of formeel (vb. debriefing) georganiseerd worden binnen de voorziening.

Binnen de thuiszorg wordt aangegeven dat vertrouwen heel erg belangrijk is. Het zorgt ervoor dat er makkelijk in gesprek gegaan kan worden. Niet enkel thema's als affectiviteit of seksualiteit, maar ook andere (meer algemene) zaken kunnen zo besproken worden.

“[...]Maar ik denk dat er alle, zeker ook op thuiszorg heel veel met vertrouwen te maken heeft en dan gaat het niet alleen over uuhm affectie of seksualiteit, maar eens dat er veel vertrouwen is kan er makkelijker toch wel gesproken worden denk ik” (Focusgroep 2, 47 jaar, maatschappelijk werker).

Seksuele dienstverlening binnen Aditi vzw voorziet in de nood aan veiligheid bij ouderen door een strenge selectie in seksuele dienstverleners. Zij hebben hierbij zowel de mentale veiligheid als de lichamelijke veiligheid van de ouderen voor ogen. De nood aan een gesprek om de wensen aan te geven is immers even groot als de lichamelijke daad op zich. De manier van werken vertrekt vanuit de ouderen. Deze dienen hun wensen kenbaar te maken en Aditi vzw zorgt vervolgens voor een gepaste seksueel dienstverlener.

3.3 Thema drie: Competentie

Bij competentie wordt gekeken naar de kennis waarover verschillende participanten beschikken. Verder wordt een blik geworpen op de huidige opleidingen. Deze subthema's staan niet geheel los van elkaar. De kennis waarover individuen beschikken hangt deels af van hun opleiding, zeker in het geval van zorgverleners.

3.3.1 Kennis

Kennis komt in deze focusgroepen voornamelijk aan bod als een werkpunt. De belangrijkste barrière m.b.t. kennis die naar voren komt is onwetendheid. Dit kan aanzien worden als een vijfde barrière.

Ten eerste geven participanten aan het gevoel te hebben dat er in uitersten gedacht wordt. Aan de ene kant is er het idee dat iedereen seksueel actief is en iedereen noden heeft. Het andere idee is dat deze noden wegvallen en seksualiteit niet meer voorkomt bij deze groep. Participanten wijzen hier op de vergeten groep van ouderen die tussen deze twee uitersten liggen.

Ten tweede speelt er volgens participanten, bij ouderen een generatieverschil. Hierdoor staan sommigen open voor bijvoorbeeld homoseksuele relaties. Anderen zijn opgegroeid in een tijd, waar dit als zondig aanzien werd. Hieruit kan afgeleid worden dat kennis mogelijks beperkt kan worden door de tijd waarin ouderen opgegroeid zijn.

Deze onwetendheid wordt wellicht in stand gehouden door mythes rond seksualiteit bij ouderen. Bij gebrek aan kennis worden mythes als waar aanschouwt. Weerstand op gebied van seksualiteit kan komen uit onwetendheid. Deze onwetendheid kan men proberen weg te werken door kennis te verruimen en uitleg te geven.

Ten derde komt naar voren dat participanten aangeven het verschil tussen seksualiteit en intimiteit te kennen. Bij Aditi vzw kan men zowel voor vragen omtrent seksualiteit als voor vragen omtrent intimiteit terecht. Vaak blijkt echter dat ze gecontacteerd worden voor vragen rond seksualiteit, die na verdere verheldering blijken te gaan over intimiteit. Hieruit kan afgeleid worden dat het onderscheid tussen beide begrippen niet altijd duidelijk is.

“Ik denk inderdaad als we het hebben over de thema’s dat er heel vaak en ik betrap mij hier er vandaag ook wel op richting dat seksuele en meer richting de daad dan inderdaad ook die hele fijne dingen [...]” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Ten vierde belemmert onwetendheid participanten in hun omgang met seksualiteit. Hierdoor kan er handelingsverlegenheid ontstaan die reflecteert in het doorgeven van dit gespreksonderwerp aan een collega. Daarnaast komt naar voren dat er te weinig kennis is over het aanbod, waardoor het soms moeilijk is om in te spelen op de noden van ouderen. Men weet niet goed wat er allemaal bestaat en waar ze daarvoor terecht kunnen.

“[...]nog vaak een onwetendheid is van “oei wat moet ik hier allemaal gaan vertellen en wat kan ik allemaal bieden en wat kan ik hier allemaal op zeggen.” Ik, ik denk dat vooral, wat ik ervaar, misschien wel een belangrijke is van voldoende kennis van zaken en,

[...] maar, maar rond seksualiteit zou dat misschien ook wel zo mogen zijn en vooral seksualiteit in woonzorgcentra, als je dat intikt dat je buiten Aditi misschien ook een hoop andere dingen op een dienblad aangereikt zou krijgen. Dat zou gemakkelijk zijn, maar ja, is dat realiteit? Ik hoop, ik weet het niet (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

Een facilitator kan echter zijn dat er binnen de meeste organisaties één of enkele personen een uitgebreidere kennis hebben over seksualiteit. Denk hier bijvoorbeeld aan een teamcoach of een referente verpleegkundige. Seksualiteit is een thema dat meer op de voorgrond begint te komen. Er ontstaan meer werkgroepen die actief opzoek gaan naar informatie en deze verspreiden (vb. via brochures). Hierdoor komt er meer kennis over het aanbod rond seksualiteit bij ouderen. Verder kan het een meerwaarde zijn om als zorgverlener het professioneel netwerk aan te spreken. Andere organisaties kunnen mogelijks al verder staan m.b.t. dit thema of over meer kennis beschikken hierrond. Hierdoor kunnen adviezen of informatie gedeeld worden tussen verschillende organisaties. Een doorverwijzing kan nuttig zijn wanneer men zelf niet over de juiste kennis beschikt. Zo wordt het signaal gegeven dat men met dit thema aan de slag wil.

Ten vijfde geeft men binnen focusgroepen aan dat er bij familie onvoldoende kennis is rond seksualiteit. Familie is zich niet altijd bewust van de seksuele noden of wensen van ouderen. Dit kan zich uiten in de attitude van de naasten. Participanten geven aan dat er vanuit de familie signalen komen dat het niet nodig is dat hun ouder(s) nog met seksualiteit bezig is (zijn).

“Ohnee, oh my god mijn ouders hebben seks” en dat, dat kinderen van een bewoner die opgenomen wordt denkt van alle is dat nu nog nodig”? (Focusgroep 1, 40 jaar, verpleegkundige).

Ten slotte is binnen de thuissetting een facilitator op gebied van kennis dat ouderen meer mogelijkheden hebben. Ze kunnen zelf meer op zoek gaan naar alternatieven of manieren om hun seksualiteit vorm te geven. Enkele voorbeelden zijn dat ze kunnen beschikken over een laptop met internetaansluiting of bepaalde betalende tv-zenders (vb. om porno te bekijken). Ze hebben mogelijks toegang tot een wagen om naar een bar of sekswerker te rijden. Ouderen kunnen in deze context zelf verschillende mogelijkheden afwegen en er één kiezen.

Participanten geven aan dat dit binnen de thuisvervangende setting complexer ligt. Hier hangt men vast aan regels en aan het algemeen beleid binnen de voorziening. Daarnaast zijn ouderen vaak gebonden aan de kennis van zorgverleners en wat die hen kunnen aanbieden op vlak van seksualiteit.

3.3.2 Opleiding

Net zoals bij het subthema kennis, focussen participanten zich bij opleiding eerder op de werkpunten. Zo veronderstellen de participanten dat gezondheidswerkers in het algemeen te weinig opgeleid zijn rond seksualiteit en dat opleidingen verouderd zijn. Dit kan een drempel creëren omdat dit het accuraat handelen kan tegengaan volgens de data.

“Ik was laatst ook volledig verbouwereerd toen ik hoorde dat er nog altijd in de opleiding verpleegkundige, in sommige, dat er gezegd werd als iemand met een erectie is dat je een koude lepel... dat zijn gewoon folterpraktijken uit de middeleeuwen, en ik had dat al wel gehoord vroeger, maar dat was iemand die nu recent afgestudeerd was. Ik stond helemaal perplex, toen die zei dat dat nog als de normaalste zaak van de wereld aanzien wordt in sommige opleidingen” (Focusgroep 3, 36 jaar, psycholoog).

Deze quote geeft weer wat participanten ook aangeven, dat er binnen de opleidingen nog ruimte is voor verbetering. Daarnaast erkennen participanten het belang van een goede opleiding. *“Het valt of staat met de opleidingen.”* Organisaties geven aan het zelf actie te ondernemen. Ze gaan op zoek naar opleidingen om zorgverleners bij te scholen. Deze opleidingen kunnen zorgverleners weerbaarder maken tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag en kunnen zorgen voor een positieve houding t.a.v. seksualiteit.

Daarnaast zijn er referente opleidingen beschikbaar. Via deze opleidingen gaat men zich specialiseren in een bepaald thema, in dit geval seksualiteit. Hierdoor kan men korter op de bal spelen omdat men notie heeft van hoe te handelen bij vragen rond seksualiteit, relaties en intimiteit. Participanten geven aan dat het interessant kan zijn interne bijscholing te organiseren. Deze vinden plaats via peer learning. Hier leren collega's van elkaar om zo kennis te kunnen uitbreiden over de hele voorziening.

“Uuhm, dus uuhm, ik denk dat het heel belangrijk is, onze kwaliteitscoördinator heeft ook al opleidingen gevolgd. Ik denk dat het heel belangrijk is dat er intern wel bijscholing gaan komen en dat het bespreekbaar gemaakt gaat worden voor andere afdelingen verder uitgebreid gaat worden” (Focusgroep 15, verpleegkundige).

Verder bestaan er spelen om op een interactieve manier kennis aan te brengen aan verschillende actoren. Op deze manier kan kennis op een ludieke manier overgebracht worden a.d.h.v. een spel (Minne en meer) i.p.v. een bijscholing te moeten volgen.

Om het perspectief van ouderen te belichten, geven participanten aan dat het zinvol is hier een project rond op te starten. Bijvoorbeeld een bachelor- of masterproef om te kijken wat er leeft. Welke noden en barrières ervaren ouderen om seksualiteit te beleven?

“Ik denk moest dat verhaal komen en medewerkers zouden merken van “oei amai, dat komt uit de groep en dat leeft ook wel bij onze bewoners” dat dan de stap kleiner zou zijn.” (Focusgroep 2, 32 jaar, coördinator).

Als laatste wordt Aditi vzw genoemd voor diens opleidingen. Zij worden gecontacteerd voor ondersteuning bij een hulpvraag, maar ook voor het geven van vormingen en opleidingen. Opleidingen kunnen daarbij gaan over taboe rond seksualiteit en dienstverlening, maar ook over het uitwerken van een beleid.

3.4 Thema vier: beleid

Binnen het beleid wordt gekeken naar hoe de verschillende organisaties hier tegenover staan en wordt de noodzaak van een beleid duidelijk. Verder wordt er kort ook op breder niveau gekeken, het beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag en de samenwerking tussen Aditi vzw en de overheid.

3.4.1 Beleid binnen thuis- en thuisvervangende setting

De data geeft weer dat er op vlak van beleid nog heel wat tekortkomingen zijn. Bij de meeste organisaties is er zelfs nog helemaal geen sprake van een beleid rond seksualiteit. Participanten geven aan het jammerlijk te vinden dat er daarover niks genoteerd staat of dat er weinig aandacht voor is. Hierdoor is iedereen genoodzaakt een eigen invulling te geven over wat kan en niet en wordt dit vaak situatie per situatie beoordeeld.

“Een beleid is denk ik wel noodzakelijk hé, momenteel is dat hier niet en iedereen vertrekt heel hard vanuit zijn eigen referentiekader, eigen waarden en normen, terwijl als je als organisatie kan uitdragen van kijk hier staan wij voor, dat is ook veel makkelijker voor je medewerkers van oké, dit is wat mijn organisatie wil, ik heb gekozen om hier te werken, dus ik kan dat volgen” (Focusgroep 2, 32 jaar, verpleegkundige).

Uit deze quote kan afgeleid worden dat het ontbreken van een formeel beleid ervoor zorgt dat medewerkers zich niet altijd gesteund of krachtig genoeg voelen in hun handelen. Een voorbeeld om dit te duiden is het volgende: bij een meningsverschil tussen familie en bewoner omwille van een nieuw ontstane relatie kan een zorgverlener hierin betrokken worden. Wanneer er geen formeel beleid is dat zegt dat er ruimte is om seksualiteit vorm te geven, hebben zorgverleners geen instrument om op terug te vallen.

“De reactie is dat bijvoorbeeld bij nieuwe koppels, wanneer de familie hier tegen is, zorgen dat ze een beetje uit elkaar zitten. We proberen ze dan een beetje uiteen te halen” (Focusgroep 5, 28 jaar, ergotherapeut).

“Zeker als het gaat over personen met dementie wanneer er romances ontstaan en waar dat de familie daar dan pertinent tegen is om verscheidene redenen. Soms ziet de familie het wel zitten, maar als ze het niet zien zitten is het toch vaak de zorgactor die in een heel moeilijke positie zit van ja oké langs ene kant krijgen we de boodschap ja dat kan niet aan de andere kant zien we die mensen wel gelukkig zijn, moeten we dat niet voorop schuiven dus dat is wel moeilijk. Vandaar dat er ook op woonzorgcentrumniveau een beleid moet komen en wanneer dat bewoners ingeschreven worden bij ons, dat zij ook dat beleid meekrijgen en weten van oké als ik hier mijn vader/ moeder in het woonzorgcentrum laat opnemen, zijn dit de spelregels en kiezen ze daar niet voor wat hun recht is, dat is ook goed, maar dan moeten ze ergens anders gaan kijken naar woonzorgcentrum, maar dat is een beetje het idee, waar we naartoe willen. Maar ook vandaag nog heel wat onduidelijkheden daarrond.” (Focusgroep 2, 32 jaar, verpleegkundige).

Participanten geven aan dat een beleid uitwerken iets is waar ze in de toekomst meer mee willen bezig zijn, maar dat ze er nu de tijd of ruimte niet voor hebben. Een reden die daarvoor aangegeven wordt is dat er een personeelstekort is binnen de zorg. Hierdoor is het moeilijk dit ook nog bij in hun takenpakket op te nemen.

“[...] Maar uuhm alle voor de moment zijn zij al met zoveel bezig in dat urenpakket dat zij hebben, dat zij eerder qua naar belasting toe eigenlijk dan moeten ze dat ook nog, alle ook nog, nog eens daarbij pakken. Ik merk nu al dat ze eigenlijk al wel wat overbevraagd zijn, zal ik het zo zeggen” (Focusgroep 3, 31 jaar, sectorverantwoordelijke).

Daarnaast geven ze aan dat het niet evident is een langdurig beleid te implementeren binnen een organisatie. Dit kan mede door het personeelsverloop zijn. Het blijft een delicaat thema, zeker in het geval van grensoverschrijdend gedrag, waar enig vertrouwen zeer belangrijk is. Dit wordt gecompliceerder wanneer het team vaak verandert.

Het vormen van een beleid gebeurt niet op één dag. Er dient een heel traject afgelegd te worden. Binnen de focusgroepen valt het verschil in positionering op van de organisaties binnen het traject om te komen tot een beleid. Sommigen zijn hier nog niet mee bezig. Anderen hebben missie-, en visieoefeningen gedaan om zo een beleid uit te werken. Dit gebeurt heel stapsgewijs, met het oog op een organisatie brede uitbreiding.

Participanten geven aan dat er op dit moment wel een beleid bestaat rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er zijn protocollen uitgewerkt die aangeven hoe men hier een melding van kan maken. Hierdoor worden toch de eerste stappen in de richting van een beleid gezet. De participanten geven aan het spijtig te vinden dat de focus nog te vaak ligt op probleemgedrag.

Verder moet er binnen een mogelijk beleid rekening gehouden worden met een veranderend landschap, denk aan de LGBTQIA+ beweging en regenboogouderen.

Daarnaast zijn de noden van ouderen individueel gekleurd, waardoor het niet eenvoudig is een langdurig en eenduidig beleid op te stellen.

“Elk individu heeft andere behoeften, iedereen ziet het ook een stukje anders. Uuhm, als ik een knuffel nodig heb, valt dat over seksualiteit? Ja en nee, het gaat over de basisbehoefte van die geborgenheid dat je het kan geven” (Focusgroep 3, 55 jaar, verpleegkundige).

Wanneer men een beleid opstelt, is het noodzakelijk dat dit leeft binnen de organisatie. Een facilitator hiervoor zou kunnen zijn dat het in samenspraak met de ouderen opgesteld wordt. Een beleid dat gedragen wordt door heel het team, inclusief directie kan voor een positief effect zorgen. Zorgverleners voelen zich zo gesterkt in hun handelen. Bovendien geeft men zo als organisatie het signaal dat seksualiteit een plaats verdient binnen de setting. Wat als mogelijk gevolg heeft dat het bespreken van dit thema niet afhangt van enkele individuen.

Een uitgewerkt beleid moet vanaf het begin gecommuniceerd worden naar de ouderen en diens naasten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen tijdens het intakegesprek. Zo kan men als organisatie als één geheel achter deze visie staan en is het aan de ouderen en diens familie om uit te maken of ze zich in deze visie kunnen vinden. Ook als er nog geen beleid is uitgewerkt binnen de organisatie, is het steeds zinvol afspraken te maken met ouderen rond seksualiteit. Zo is het voor deze ouderen duidelijk wat kan en niet kan binnen deze context.

3.4.2 Beleid binnen België

Wat betreft de wetgeving rond seksuele dienstverlening en sekswerk, is er maar een weinig legaal kader omschreven. Volgens participanten is er nood aan een goede wetgeving om alzo de veiligheid van ouderen die een beroep wensen te doen op seksuele dienstverlening te waarborgen. Een voorbeeld hiervan is de overeenkomst tussen Aditi vzw en de overheid. Uit de focusgroepen komt naar voren dat het jammer is dat Aditi vzw de enige organisatie is met zulke overeenkomst.

Dit kan echter ook een barrière vormen, omdat er vaak geen alternatief beschikbaar is voor ouderen.

Binnen België is er een beleid dat zegt dat elke vorm van grensoverschrijdend gedrag gemeld dient te worden bij het agentschap Zorg en Gezondheid. Er zijn duidelijke regels waar organisaties op kunnen terugvallen. Er staat echter niks genoteerd over de gevolgen en de impact dat dit kan hebben op verschillende actoren binnen de zorg. Er wordt geen aandacht besteed aan welke stappen overwogen kunnen worden om dit gedrag in de toekomst te kunnen vermijden. Iedere organisatie is genoodzaakt hier zijn eigen invulling aan te geven. Volgens participanten kan het een meerwaarde zijn wanneer de overheid het verplicht om een beleid op te stellen rond seksualiteit. Hierdoor voorkomt men uitstelgedrag. Uit de data blijkt dat dit perfect zou kunnen passen binnen het woonzorgdecreet, waar wonen en leven meer op de voorgrond dienen te komen. Seksualiteit en relaties vormen hier een onderdeel van.

“Uhm dat er in instellingen echt een beleid daarin moet komen, desnoods moet dat verplicht worden. Dat er niet alleen een meldpunt is voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar dat er algemeen gewoon een beleid is rond seksualiteit binnen het woonzorgcentrum hé. Dat is denk ik belangrijk” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

3.5 Thema vijf: samenwerkingen

Het thema samenwerkingen gaat over de verschillende actoren binnen de zorg. De actoren die hier betrokken worden zijn zorgverleners, ouderen en familie. Daarnaast wordt er ook gekeken welke samenwerkingen er met externen aangegaan worden wat betreft seksualiteit en seksuele dienstverlening.

3.5.1 Intern

Intern zijn er heel wat samenwerkingsverbanden. Ten eerste tussen zorgverleners en ouderen. Hieruit komt naar voren dat zelfbeschikkingsrecht een belangrijke pijler is. Ouderen mogen hierdoor zelf beslissen over hun eigen lichaam en wat ze met hun noden of wensen doen. Hierbij probeert men als organisatie stilaan af te stappen van het zorgaspect en meer het pad van het woonaspect te bewandelen. Men tracht een verlenging van de maatschappij te creëren.

“Wij wilden daar een keer op inspelen, inderdaad dat het nog altijd, we moeten meer naar dat wonen en leven en minder, afstappen een beetje van dat zorg... Want moet elke bewoner, elke dag van kop tot teen gewassen worden? Alle er moet veel meer aandacht en veel meer besproken worden ook over het mentale, het gevoelsmatige, en dat missen wij hier ook wel in het registratiesysteem” (Focusgroep 1, 40 jaar, verpleegkundige).

Participanten geven aan de oudere centraal te stellen, door te redeneren vanuit het perspectief van de bewoner. Het beroepsgeheim wordt ook hier aangehaald. De familie zal dus niet ingelicht worden tenzij de bewoner hier expliciet toestemming voor geeft.

“Uuhm, dat tegen mij wordt verteld in volledig vertrouwen, ik vraag ook aan mensen dat al die informatie die opgeschreven wordt of ik dat mag delen met iemand van familie of hebben jullie dat liever niet. Als iemand zegt van kijk ik wil dat niet, dan is dat ook informatie die bij mij blijft, ik zal dat in het dossier ook wel zetten, maar dat staat onder privacy dus niemand van de collega's kan dat ook niet bekijken” (Focusgroep 3, verpleegkundige).

Daarnaast geven participanten aan dat er op vlak van seksualiteit, zowel bij ouderen als bij zorgverleners, eerder een afwachtende houding is om dit thema aan te kaarten.

Een mogelijke barrière hierbij is dat zorgverleners niet attent zijn voor de signalen van ouderen omtrent seksualiteit. Wanneer signalen niet erkend worden, volgt er geen actie. Dit kan leiden tot een negatief gevoel bij de ouderen, waardoor het taboe enkel vergroot wordt.

Ten tweede is er de samenwerking tussen zorgverleners en familie.

Participanten geven aan dat zij zich soms in een moeilijke positie bevinden ten opzichte van de familie. Organisaties zijn niet altijd in de mogelijkheid om de belangen van hun ouderen voorop te stellen. Wanneer een familie bijvoorbeeld niet openstaat voor seksuele dienstverlening of hiervoor de financiële middelen niet wil voorzien, dan kan de organisatie geen stappen ondernemen. Ook al leeft op dat moment wel degelijk een behoefte bij de oudere.

Vaak moet een organisatie de moeilijke overweging maken om een familie al dan niet op de hoogte te brengen. Zo geeft een deel van de participanten aan de familie niet te betrekken aangaande dit thema of weinig rekening te houden met diens wensen. Een ander deel geeft aan de wensen van de familie wel in rekening te brengen. Soms heeft men geen andere keuze. In geval van wilsonbekwaamheid dient de familie steeds betrokken te worden. Bij het vertonen van grensoverschrijdend gedrag is het ook aangewezen dit bespreekbaar te maken bij de familie.

Wanneer een familie een heel andere kijk op de zaken heeft, kan dit een drempel vormen om ze aan te spreken. Hieruit kan afgeleid worden dat een casus specifiek handelen nodig is als het gaat over het al of niet betrekken van een familie.

“Niet dat ik wil zeggen dat je, want ja bij mensen met dementie ligt dat nog anders want die kunnen niet altijd hun wensen kenbaar maken. Dus dan ga je heel vaak met familie in gesprek moeten gaan[...].” (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

Bij een betrokken familie verloopt deze communicatie vaak informeel in de wandelgangen. Bij een minder betrokken familie wordt men uitgenodigd voor een gesprek. Het belang van een face to face gesprek wordt hier geduid, omdat men zo ook de non-verbale communicatie kan afleiden.

Als zorgverlener gaat men kijken naar de verwachtingen van de oudere, daarnaast kijkt men naar de wensen van de familie en tracht men zo een compromis te vinden, zoals participanten dit benoemen.

“Niet elke casus is hetzelfde en ja wat zijn de verwachtingen van uw bewoner ook hè. Is dat, is dat een nieuw ontstaan koppel dat bij wijze van spreken samen wilt slapen in hetzelfde bed, ja dat kan je waarschijnlijk niet waarmaken en dan is dat heel moeilijk je bewoner daarin te volgen, maar gaat dat over “mogen wij naast elkaar gaan zitten aan tafel?” dan gaat dat wel dus ik denk dat je echt moet gaan kijken naar wat zijn de verwachtingen van uw bewoner en dan moet je gaan kijken naar hoe kunnen we met de familie daar een compromis in vormen.” (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

De data duidt aan dat het raadzaam is de familie aandacht te geven en hen te voorzien van de nodige kennis. Hierdoor voelen zij zich gehoord, wat het vertrouwen ten goede kan komen. De familie is tenslotte een belangrijke partner binnen de zorg die het nodige respect verdient.

Er kan een barrière zijn om de familie in te lichten, omdat zij een andere mening kunnen hebben en deze potentieel willen doordrukken. In dat opzicht komt de meerwaarde van een beleid weer aan bod en de houvast dat dit kan bieden. Bijvoorbeeld wanneer men de familie dient in te lichten over seksuele dienstverlening omdat zij de financiën doen en dit op de factuur gaat komen.

Wanneer hier geschillen over blijven bestaan, wordt door de participanten een bewindvoerder aangeduid als mogelijke facilitator. Daarentegen geeft men ook aan dat dit niet altijd voordelig is voor de vertrouwensband.

“[...]We vinden het wel super belangrijk, wij hebben een beetje het gevoel dat als je de familie mee hebt dat je bewoner ook al minstens voor de helft content is. Dat is toch wel zeer belangrijk om daar voldoende tijd en aandacht aan te besteden, en dan zo veel mogelijk kort op de bal spelen als er situaties zijn. [...] Natuurlijk staan wij altijd aan de kant van onze bewoner en dan is een visietekst ook wel een handig instrument om achter de hand te hebben. Als er instaat dat wij openstaan voor nieuwe relaties, ja dan is dat zo en dan weten mensen ook als ze bij ons komen wonen en de familie dat ze zich moeten neerleggen bij de visie van ons huis. Dat merk je wel als je eens wat tijd neemt om daarmee rond de tafel te zitten dat dat rap de plooiën glad strijkt” (Focusgroep 3, 36 jaar, psycholoog).

Ten slotte is er de samenwerking tussen familie en ouderen.

Participanten geven aan dat seksualiteit iets is dat ouderen liever niet met hun kinderen bespreken. Mogelijks uit angst voor hun reactie. Verder wordt aangegeven dat er soms een discrepantie tussen verschillende familieleden ontstaat omwille van dit thema. Beiden situaties kunnen voor geremdheid zorgen bij de ouderen, uit angst voor bijvoorbeeld ruzie binnen de familie. Het kan echter een facilitator vormen wanneer de familie zelf vragen stelt over seksualiteit. Bijvoorbeeld wanneer binnen een wzc een niet-inwonende echtgenoot vraagt hoe men omgaat met seksualiteit binnen de voorziening. Zoals eerder al aangegeven zorgt een duidelijk beleid ervoor dat familie weet wat te verwachten. Dit kan ervoor zorgen dat ouderen meer vrijuit kunnen spreken en hun geremdheid verminderd.

3.5.2 Extern

Allereerst wordt een blik geworpen op de externe samenwerking m.b.t. seksuele dienstverlening.

De meerderheid van de participanten geeft aan Aditi vzw te kennen of hebben er ooit al van gehoord. Een heel deel van de participanten is er zelfs al mee in aanraking gekomen. Wanneer een voorziening samenwerkt met Aditi vzw komt uit de data naar voren dat dit vaak heel goed verloopt en dat er positief gesproken wordt over deze samenwerking. De grootste barrière die uit de focusgroepen naar voren komt is het kostenplaatje van deze seksuele dienstverlening. Doordat de financiële drempel om Aditi vzw te contacteren bij velen (te) groot is, gaan zij op zoek naar alternatieven, maar merken dat deze er vrijwel niet zijn.

Aditi vzw is op vlak van seksuele dienstverlening een getrainde professional. Het grote voordeel van dit samenwerkingsverband, is dat zij goed weten hoe ze deze samenwerking moeten aanpakken. Niettemin moet er ook niet te snel met hen contact gezocht worden.

Het is zeer belangrijk om eerst de nood helder te krijgen en dan de nodige actie te ondernemen. Dit kan al dan niet resulteren in een samenwerking met Aditi vzw.

“Alleen maken wij nog al snel de fout, alle fout is misschien verkeerde woordkeuze. Het verhaal van aah het gaat over alle iemand doet een uitspraak over seks, dat is meteen Aditi bellen en die lossen dat wel op, dat is natuurlijk een heel prijzig grapje. Soms gaat het ook over iets helemaal anders dan seksualiteit want je hebt natuurlijk ook intimiteit en relaties” (Focusgroep 1, 26 jaar, psycholoog).

Men ziet dat ouderen er voldoening uithalen wanneer een seksueel dienstverlener een bezoek heeft gebracht. Het heeft dus een positief effect.

Organisaties moeten creatief op zoek gaan naar oplossingen om seksualiteit alsnog te kunnen beleven wanneer de oudere het kostenplaatje van Aditi vzw niet kan dragen. Binnen de focusgroep kwamen enkele voorbeelden aan bod zoals porno aanbieden of op zoek gaan naar een sekswerker.

Daarnaast beginnen samenwerkingen met andere disciplines stilaan te groeien. Zo is er bij sommige settings sprake van een samenwerking met seksuologen. Sommige organisaties doen enkele uren per week beroep op een psycholoog. Dit is vaak een extra persoon die de verlangens en noden van de oudere mee in kaart probeert te brengen om alzo te zoeken naar een invulling daarvan. Verder kunnen lokale dienstencentra, denk bijvoorbeeld aan een CAW, een ondersteunende partner vormen. Zij hebben mogelijks connecties met andere organisaties of verenigingen en kunnen een faciliterende rol spelen bij een doorverwijzing. Om de strubbelingen met familie te kunnen aanpakken, kan een bewindvoerder aangesteld worden om de financiën op zich te nemen. Hierdoor heeft de familie geen inspraak meer in wat de oudere wel of niet doet. Verder geeft men aan nood te hebben aan een expertisecentrum rond seksualiteit in thuis- en thuisvervangende settings.

“Of als ik nu bijvoorbeeld vragen heb over palliatie of vroegtijdige zorgplanning stuur ik naar het palliatieve netwerk of over dementie naar expertisecentrum dementie dus misschien ook zo. Ja is dat dan misschien die Sensoa, ja dat weet ik nu niet of dat je daar alle voor dit soort dingen ook terecht kunt. Alle iets waar je beroep op kunt doen als je met dit soort dingen, ja als je daar met bepaalde vragen zit, dat zou misschien ook wel gemakkelijk zijn” (Focusgroep 2, 33 jaar, verpleegkundige).

Een barrière bij deze samenwerkingen kan zijn dat er bij een doorverwijzing weinig opvolging is. Men weet dan niet altijd wat er nadien gebeurt en dat kan een struikelblok zijn om door te verwijzen.

4 Discussie

Het doel van dit onderzoek is om een zicht te krijgen op de ervaringen en ideeën van zorgverleners m.b.t. seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen.

Allereerst werd er met behulp van focusgroepen getracht een antwoord te vinden op volgende hoofdvragen: *Wat is de attitude van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen binnen de thuis- en thuisvervangende setting?*

Welke drempels of facilitatoren ervaren zorgverleners bij het inspelen op de seksuele noden van ouderen?

Daarnaast zijn er nog enkele bijvragen opgesteld ter verduidelijking: *Wat is de huidige implementatie van seksualiteit en seksuele dienstverlening binnen de werksetting?*

In welke mate is er een beleid rond seksualiteit?

In welke mate wordt de familie betrokken bij dit gebeuren?

Deze bijvragen werden in de discussie onderverdeeld bij de hoofdvragen.

Daarnaast werd er gekeken welke plaats de resultaten innemen ten opzichte van voorgaande literatuur en onderzoek.

Verder wordt er stilgestaan bij de beperkingen van dit onderzoek, alsook implicaties voor de praktijk. Tot slot worden er nog enkele suggesties voor verder onderzoek gegeven.

4.1 Discussie bij de centrale onderzoeksbevindingen

Hieronder worden achtereenvolgend de onderzoeksvragen besproken. Eerst zal er stilgestaan worden bij de attitude van zorgverleners. De huidige implementatie en de bijvraag m.b.t. familie wordt behandeld binnen deze hoofdvragen. De bijvraag m.b.t. beleid krijgt een eigen plaats binnen deze discussie. Als laatste wordt er gekeken welke barrières en facilitatoren ervaren worden bij zorgverleners.

4.1.1 Onderzoeksbevindingen bij de eerste onderzoeksvraag

Wat is de attitude van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen binnen de thuis- en thuisvervangende setting?

Als eerste wordt bij de focusgroepen aangegeven dat het onderscheid tussen seksualiteit en intimiteit niet altijd even duidelijk is. Seksualiteit wordt vaker in de enge zin benadert (Coïtale seks). De brede zin wordt door zorgverleners minder bekeken als seksualiteit (masturbatie, porno gebruik,...).

Dit verschil in definitie komt ook binnen de literatuur aan bod. De WHO geeft bijvoorbeeld een heel andere definitie voor seksualiteit dan het Van Dale woordenboek (Paragraaf 1.1.1). Het is binnen onderzoek niet altijd op te maken welke definitie van seksualiteit gehanteerd wordt. Specifieke literatuur binnen wzc's haalt aan dat het noodzakelijk is seksualiteit te benaderen in de brede zin van het woord. De manier van seksualiteitsbeleving kan verschuiven op basis van leeftijd (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Ten tweede komt uit de resultaten naar voren dat zorgverleners erkennen dat seksualiteit een basisnood is. Binnen de literatuur kan dit gekaderd worden door het bestaan van seksuele rechten (paragraaf 1.1.4). Zo heeft men het recht te beslissen seksueel actief te zijn of niet. Men heeft het recht tot partnerkeuze (Amnesty International, 2019). Wat betreft de attitude van zorgverleners zijn er in de literatuur tegenstrijdigheden gevonden. Door dit te bevragen, kan ontdekt worden wat vanuit de literatuur ook in de praktijk van toepassing is.

Een studie uit 2003 verwijst naar één uit 1987 en toont aan dat meer dan de helft van de zorgverleners seksualiteit bij ouderen niet nodig vindt. Uit dezelfde studie blijkt dat in 2003 80% van de zorgverleners de behoefte tot seksualiteit bij ouderen erkent (Hajjar & Kamel, 2003). Recenter onderzoek toont aan dat zorgverleners eerder positief staan tegenover seksualiteit bij ouderen (Bouman et al., 2007).

De data van dit onderzoek bevestigt deze positieve evolutie. De klemtoon ligt nu op het zelfbeschikkingsrecht van ouderen. Volgens participanten hebben ouderen het recht zelf te beslissen over het al dan niet beleven van seksualiteit. Dit kadert binnen het idee van active ageing, waar de beslissingsmogelijkheid van een persoon centraal staat (Vlaamse ouderenraad, 2016).

Ten derde geven participanten aan dat de mentaliteit van werken in het huis van de bewoner ontbreekt, wat zich momenteel voornamelijk uit in het gebrek aan privacy. Zo wachten zorgverleners niet om een kamer te betreden of kloppen ze niet aan alvorens de kamer te betreden. Er blijkt een noodzaak aan het formuleren van afspraken omtrent privacy. Binnen het woonzorgdecreet wordt privacy niet vermeld (Vlaamse overheid, 2019). De afspraken omtrent privacy zouden opgenomen kunnen worden in het woonzorgleefplan.

Ten vierde geven participanten aan dat er veel taboe op het thema seksualiteit rust waardoor de bespreekbaarheid gehinderd kan worden. Onderzoek van Elias en Ryan (2011) bevestigt dit gegeven. Volgens Van Velthoven et al. (2016) geeft één op drie aan zich onwennig te voelen bij het bespreken van dit thema. Zorgverleners hebben de mogelijkheid seksualiteit te bevestigen of te ontkrachten (Calamidas, 1997).

De vraag stelt zich dan of seksualiteit nog wel gepast is of niet. In geval van bevestiging voelt de oudere niet de noodzaak zijn gevoelens te onderdrukken. Wanneer seksualiteit ontkracht wordt, kan dit een impact hebben op het zelfbeeld van ouderen. Het gevoel van eigenwaarde en identiteit kan op deze manier aangetast worden (Hajjar & Kamel, 2003; Jacobson, 2013).

Vanuit de participanten wordt aangegeven dat er een grote diversiteit bestaat tussen de disciplines en zorgverleners onderling aangaande de bespreekbaarheid. Literatuurstudie toont aan dat een jonge leeftijd, culturele diversiteit en een beperkte werkervaring als belemmerende factoren worden aangeduid (Hajjar & Kamel, 2003; Rheume & Mitty, 2008; Elias & Ryan, 2011). Binnen de data wordt er gewezen op de afwachtende houding van de verschillende actoren. Beide partijen weten niet goed hoe het gesprek te starten, waardoor dit vaak uit de weg gegaan wordt. Toch toont Sensoa aan dat het waardevol is over seksualiteit in gesprek te gaan. Op deze manier kunnen de noden van ouderen in kaart gebracht worden (Sensoa, z.d.).

Literatuur bespreekt de invloed van mythes en stereotypen op de attitude van zorgverleners (Messelis, 2019). Uit de data komt naar voren dat er bij zorgverleners vaak in uitersten gedacht wordt. Of iedereen heeft seksuele noden of niemand. Mogelijks kan dit veroorzaakt worden door de generatiekloof bij ouderen onderling. Binnen de literatuur wordt dit benoemd als mythes en stereotypen (bv. Sexy senior en asexuele senior uit paragraaf 1.2.1) (Messelis, 2019). Enerzijds zijn er de conservatieve ouderen, waar seksualiteitsbeleving voornamelijk een mannenaangelegenheid is. Anderzijds is er de protestgeneratie, waar alles kan en mag (Bruynseels et al., 2018). De resultaten uit dit onderzoek ondersteunen het gezegde niet dat er sprake is van mythes en stereotypen. Zij vormen gewoon de realiteit.

Deze mythes en stereotypen hebben een invloed op het gedrag van familie ten opzichte van seksualiteit bij ouderen (Van Even, 2017). Familie staat volgens participanten vaak weigerachtig tegenover seksualiteit van ouderen. Dit kan zorgen voor geremdheid bij de ouderen. Hierdoor kan dat ervoor zorgen dat zorgverleners niet weten hoe te handelen. Dienen zij familie al dan niet te betrekken? Hierover heerst verdeeldheid onder participanten. De literatuur stelt echter dat het wel belangrijk is familie mee te nemen in het verhaal van seksualiteit en seksuele dienstverlening (Messelis, 2019; Aditi vzw, z.d.). De familie kan altijd een belangrijke partner binnen de zorg zijn, onder meer om informatie te krijgen over de oudere en diens verleden. Zeiss en Kasl-Godley toonden reeds in 2001 aan dat de omstandigheden en context waarin iemand opgroeit een effect heeft op diens houding t.a.v. seksualiteit (Zeiss & Kasl-Godley, 2001).

Binnen de literatuur is er minder aandacht voor de positie van zorgverleners ten opzichte van familie en ouderen. Ook dit komt in de praktijk aan bod als een heikel punt.

Zorgverleners zitten in een moeilijke positie wanneer er onenigheid ontstaat tussen de andere twee partijen. Er wordt van hen verwacht mee op zoek te gaan naar een compromis, wat geen eenvoudige taak is. Dit proberen ze te doen door in gesprek te gaan met de betrokken partijen. De oudere wordt daarbij steeds centraal gesteld. Daarnaast wordt er kadering gegeven aan het gedrag of de noden van de oudere, in de hoop dat dit de weerstand bij familie kan wegnemen. Wanneer familie weigerachtig blijft hebben zorgverleners het gevoel niet weten wat te doen.

4.1.2 Onderzoeksbevindingen wat betreft beleid

In welke mate is er een beleid rond seksualiteit?

Het al of niet aanwezig zijn van een beleid rond seksualiteit heeft een impact op de verschillende actoren van de zorg.

Wat beleid betreft zijn de bevindingen tussen literatuur en eigen onderzoek zeer gelijkend. Zowel de bevindingen uit dit onderzoek als studies van Powell en Chen (2018) en Messelis (2019) geven aan dat er in de praktijk weinig tot geen sprake is van een beleid op vlak van seksualiteit. Het ontbreken van een beleid zorgt voor enkele implicaties. Tzeng en collega's tonen aan dat een beleid een effect kan hebben op de beleving van ouderen en de attitude van zorgverleners (Messelis, 2019). Door de aanwezigheid van een beleid worden de waarden en normen van de organisatie duidelijk voor alle actoren. Een organisatie kan verwachten dat zorgverleners dit thema actief zullen bevragen. Het is voor ouderen dan ook duidelijk wat de mogelijkheden zijn binnen de organisatie.

Op dit moment krijgen ouderen vaak geen informatie over de manier waarop er aan hun seksuele behoeften tegemoetgekomen kan worden (Powell & Chen, 2018). Roach toonde aan dat de mentaliteit van de organisatie, de attitude van het personeel kan beïnvloeden (Roach, 2004). De resultaten uit dit onderzoek geven weer dat bij gebrek aan een gemeenschappelijk kader, er vaak gehandeld wordt vanuit een persoonlijk referentiekader. Het gebrek aan een beleid implementeert niet dat er geen seksualiteitsbeleving mogelijk is. De data toont dat sommige organisaties de mogelijkheid tot seksuele dienstverlening aanbieden, ook al is een beleid binnen hun organisatie onbestaande. Een beleid is aangewezen want het kan de bespreekbaarheid verhogen. De gemeenschappelijke visie die hierdoor uitgedragen wordt kan zorgverleners sterken in hun handelen.

Binnen de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen seksnegatief en sekspositief beleid (Messelis, 2019). Onbewust is er vaak een seksnegatief beleid aanwezig binnen organisaties, denk aan de protocollen rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hierbij is er binnen de literatuur aandacht voor de manier van detecteren en registratie.

De regulatieve cyclus van Van Strien geeft aan hoe men seksueel grensoverschrijdend gedrag kan detecteren (Messelis, 2019, p. 22). Participanten geven aan meer nood te hebben aan initiatieven rond wat na seksueel grensoverschrijdend gedrag. Binnen dit model wordt geen aandacht besteed aan de impact of de gevolgen van dit gedrag. Zorgverleners geven aan nood te hebben aan een aanpak rond de opvang van de betrokken partijen en hoe het gedrag in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast geven participanten aan steeds meer te focussen op positieve aspecten van seksualiteit. Zo worden er alternatieven gezocht om seksualiteit mogelijk te maken (bv. een upperdare organiseren, opblaaspop of pornokanalen aanbieden) en het gesprek hierrond aan te knopen. Dit kan een eerste stap richting een sekspositief beleid vormen (Gijs et al., 2018; Messelis, 2019).

Een veranderende visie op seksualiteit vanuit de maatschappij kan positief bijdragen tot het ontwikkelen van een beleid (Messelis, 2019). Uit de data van huidig onderzoek blijkt dat het behulpzaam kan zijn wanneer de overheid een kader biedt waarbinnen een beleid uitgewerkt dient te worden. Dit zou bijvoorbeeld gekaderd kunnen worden binnen het woonzorgdecreet.

Het opstellen van een beleid is echter niet eenvoudig. Ten eerste dient men rekening te houden met individuele verschillen bij ouderen op vlak van seksualiteit (Gastmans & Mahieu, 2015). Wat voor de ene als seksueel bevredigend aanzien wordt, is dat voor de andere niet. Ten tweede haalden zorgverleners doorheen de focusgroepen aan dat een personeelsverloop een langdurig beleid kan ondermijnen. Aangezien personeel door dit verloop vaak maar kort binnen een organisatie aanwezig is, is het moeilijk een visie uit te werken die organisatiebreed gedragen wordt. Door een personeelstekort hebben zorgverleners geen tijd om een visie mee uit te werken. In voorgaande literatuur wordt beleid beschouwd als iets dat al dan niet aanwezig is. Het hele traject om tot een beleid te komen, wordt niet besproken.

4.1.3 Onderzoeksbevindingen bij de tweede onderzoeksvraag

Welke drempels of facilitatoren ervaren zorgverleners bij het inspelen op de seksuele noden van ouderen?

Barrières en facilitatoren en de mate waarin ze binnen een setting aanwezig zijn, zijn erg divers. Wat in de ene organisatie als een barrière aanzien wordt, kan in de andere een facilitator zijn. Daarnaast kunnen barrières omgevormd worden naar facilitatoren.

Er valt het op dat er heel wat barrières zijn m.b.t. seksualiteit. Doorheen de focusgroepen kwamen volgende barrières aan bod: privacy, attitude, gebrek aan kennis, beleid en samenwerkingsverbanden.

Het gebrek aan privacy en de attitudes van zorgverleners kwamen reeds in voorgaande onderzoeken aan bod (Elias & Ryan, 2011; Hajjar & Kamel, 2003; Makimoto et al., 2014). Binnen de literatuur is er meer aandacht voor barrières en uitdagingen dan voor facilitatoren. Dit maakt dat er binnen dit onderzoek uitdrukkelijk aandacht besteed werd aan deze barrières en uitdagingen en hoe deze om te bouwen tot facilitatoren.

Ten eerste wordt een blik geworpen op privacy. De infrastructuur van voorzieningen vormt mogelijks een belemmering om seksualiteit te beleven. De meeste wzc's zijn opgebouwd rond hetzelfde ontwerp: centraal is er een verpleegpost, daarlangs zijn er lange gangen met aan beide kanten kamers. Dit is zo ontworpen vanuit de visie van makkelijke observatie en toegankelijkheid. Vaak kunnen deuren niet op slot of door gebrek aan ruimte moeten vreemden soms een kamer delen. Hierdoor is het niet evident een actief seksleven te onderhouden binnen deze setting (Hajjar & Kamel, 2003; Rheaume & Mitty, 2008). Deze bevinding komt binnen de resultaten ook naar voren.

Binnen voorgaande literatuur ligt de focus op de infrastructuur in het algemeen, kijkende naar de opbouw van een voorziening (zoals hierboven beschreven). Dit onderzoek focust zich echter meer op specifieke zaken. Zo komt het gebrek aan tweepersoonsbedden, het beperkt aantal koppelkamers of de onbeschikbaarheid van een pont d'amour aan bod. Binnen de infrastructuur wordt ook gewezen op het gegeven dat ouderen mogelijks geremdheid kunnen ervaren uit angst gehoord te worden door anderen.

Het huidig onderzoek bevestigt het gegeven van gebrek aan privacy. Participanten probeerden met dit gebrek om te gaan door bijvoorbeeld een verdoken teken aan de deur, zoals een kleurensticker aan te brengen. Op deze manier weet personeel wanneer er belet is. Daarnaast kunnen er afspraken gemaakt worden rond privacy (Van Houdenhove et al., 2016). Participanten geven aan dat een mogelijke afspraak kan zijn: als een deur dicht is mag men de kamer niet betreden. Als de oudere een zorgverlener nodig heeft, dient hij te bellen. Het Royal College of Nursing heeft enkele richtlijnen uitgewerkt om seksualiteit bij ouderen te faciliteren. Deze kunnen voor organisaties een houvast bieden. Binnen deze richtlijnen is het recht op privacy opgenomen (Van Houdenhove et al., 2016). Duidelijke richtlijnen kunnen zorgen voor meer bewustzijn rond privacy.

Verder komt aan bod dat binnen de thuissetting deze barrière minder doorweegt. Hier kunnen deuren op slot of kiest de oudere zelf wie de woning mag betreden.

Een tweede mogelijke barrière is de attitude van zorgverleners en ouderen.

Uit voorgaande literatuur blijkt dat zorgverleners in hun handelen een signaal kunnen geven aan de oudere, dat seksualiteit ongepast is (Calamidas, 1997). Ouderen krijgen vaak geen informatie over de manier waarop aan hun seksuele noden voldaan kan worden (Powell & Chen, 2018). Een mogelijke verklaring voor het niet bespreken van seksualiteit is bij ouderen angst om als vreemd aanzien te worden. Wanneer ze openlijk hun noden delen met anderen bestaat de kans op veroordeling van die andere.

Bij de zorgverleners is het mogelijk dat zij niet kunnen antwoorden op een vraag of nood van een oudere. Participanten geven aan de mogelijkheden niet voldoende te kennen waardoor er ongemakkelijkheid kan heersen.

Ten derde vormt een gebrek aan kennis volgens participanten een barrière. Onwetendheid kan seksualiteitsbeleving van ouderen in de weg staan. De kennis die beschikbaar is focust zich vaak op veranderde lichamelijke functies en disfuncties op leeftijd (DeLamater 2021). Ander onderzoek toont echter aan dat de seksuele respons bijvoorbeeld niet zo verschillend is op gebied van leeftijd, enkel het tempo en de intensiteit verschillen (Verstraeten, 2006). Mythes en stereotypen benadrukken dat seksualiteit bij ouderen onbestaande zou zijn (Gijs et al., 2018).

Participanten gaven aan dat door onwetendheid op gebied van het verschil tussen seksualiteit en intimiteit vaak niet correct ingespeeld wordt op de noden van de ouderen. Deze onwetendheid zet zich door als het gaat over welke mogelijkheden er zijn om seksualiteit te beleven. Kennis rond seksualiteit centreert zich binnen organisaties vaak in enkele personen waardoor zij het aanspreekpunt vormen.

Volgens participanten zou het raadzaam zijn dat er binnen de huidige opleidingen meer aandacht is voor het thema seksualiteit. Literatuurstudie ondersteunt dit gegeven (Calamidas, 1997). In de praktijk kan bijscholing een meerwaarde vormen, zodat zorgverleners niet op eigen initiatief dienen te handelen. Door positieve seksualiteit meer op de voorgrond te plaatsen, ontstaan er meer initiatieven in de praktijk (Anderson, 2013). Denk bijvoorbeeld aan werkgroepen rond seksualiteit of interne opleidingen.

Ten vierde is het ontbreken van een beleid een barrière. Het gebrek aan een beleid zorgt er momenteel vaak voor dat zorgverleners vanuit hun eigen referentiekader dienen te handelen. Participanten wijzen op de noodzaak van een beleid. Dit wordt best opgesteld in samenspraak met ouderen. Een proactief beleid zorgt voor een daling van de onwetendheid en stijging van de bespreekbaarheid zowel bij zorgverleners als bij ouderen (Bruynseels et al., 2018).

Een beleid kan volgens participanten drempelverlagend werken. Aan de hand van een beleid geeft een organisatie weer welke waarden en normen belangrijk zijn (Messelis, 2019).

Ook seksuele dienstverlening verdient aandacht binnen het beleid. De literatuur geeft weer dat er in slechts 25% van de wzc's de mogelijkheid bestaat gebruik te maken van seksuele dienstverlening. 3/5^e van de bevroagden geeft aan dat deze mogelijkheid er wel degelijk zou moeten zijn. Er bestaat dus een grote discrepantie tussen de mogelijkheid tot en het effectief aanbieden van seksuele dienstverlening (Van Houdenhove et al., 2016). De meerderheid van wzc's zegt hiervoor open te staan, maar ervaart bij het aanbieden ervan toch een drempel. Binnen de data liggen de cijfers anders. 60% geeft aan gebruik te maken of gemaakt te hebben van seksuele dienstverlening. Ongeveer 6% geeft aan nog nooit van seksuele dienstverlening gehoord te hebben. Daarnaast valt op dat zowel in de literatuur als het onderzoek seksuele dienstverlening nog relatief onbekend is. Binnen de data komt dit amper aan bod, participanten gaan slechts kort in op dit thema.

Als laatste wordt er stilgestaan bij verschillende samenwerkingen.

Een vaak voorkomende samenwerking is deze met de familie. Een beleid kan mogelijks een draagvlak vormen voor deze interactie. Als seksualiteit hierin opgenomen wordt, weet de familie op voorhand wat te verwachten.

Een andere samenwerking die aan bod kwam binnen het onderzoek, is deze met Aditi vzw. Zij hebben een werkkader opgesteld met allerlei afspraken in. Hierdoor weten de verschillende partijen wat te kunnen verwachten en zorgt dit voor wederzijdse bescherming. Zo is bijvoorbeeld het bezoek enkel op verplaatsing en niet bij de seksueel dienstverlener thuis. Het werken met vooropgestelde bedragen zorgt voor duidelijkheid. Dit kader zorgt er ook voor dat samenwerkingen tussen Aditi en woonzorgcentra of thuissettings vlot kunnen verlopen (M. Borremans, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

Aditi vzw is uniek in hun werking daar er momenteel geen andere organisaties zijn die aanbieden en wordt ondersteund door de Vlaamse overheid. Participanten die binnen hun organisatie hier reeds beroep op deden benadrukten de vlotte samenwerking, die mogelijks gelinkt kan worden aan het werkkader. Er doen zich ook hier enkele barrières voor. Participanten geven aan dat het kostenplaatje gebonden aan seksuele dienstverlening voor velen (te) hoog is. Daarnaast geven participanten aan soms te snel Aditi vzw te contacteren alvorens eerst de nood duidelijk te krijgen. Deze barrière kan veroorzaakt worden door gebrek aan kennis omtrent het verschil tussen seksualiteit en intimiteit. Volgens de literatuur overstijgt de vraag het aanbod (Aditi vzw). Participanten geven aan nood te hebben aan een nog beter wetgevend kader rond sekswerk en seksuele dienstverlening in het algemeen. Dit kan ervoor zorgen dat er meer organisaties seksuele dienstverlening kunnen aanbieden, wat een positief effect heeft op de wachtlijsten. Ondanks de goede samenwerking met Aditi vzw is er nood aan verruiming van het aanbod tot seksuele dienstverlening.

Uit de resultaten blijkt dat er binnen de thuiszorg minder barrières ervaren worden. Mogelijks kan dit toegeschreven worden aan het feit dat individuen die thuis wonen meer vrijheden ervaren. Vanuit de huidige implementatie wordt er gewezen op de mogelijkheden binnen de thuissetting (bv. toegang tot tv en internet, wagen ter beschikking). Hierdoor lijkt seksualiteit binnen de thuiszorg makkelijker te implementeren. Dit dient echter genuanceerd te worden. Seksualiteit bij ouderen is over het algemeen vrij beperkt omschreven in de literatuur en seksualiteitsbeleving in de thuissetting is hier sterk onderbelicht. Via dit onderzoek werd getracht deze zorgverleners een stem te geven. Het gebrek aan participanten bemoeilijkte dit proces. De deelnemende participanten gaven aan erg zoekende zijn. Door het gebrek aan literatuur hebben zij geen houvast.

4.1.4 Andere bevindingen

Het seksueel disfunctioneren van ouderen komt binnen dit onderzoek niet aan bod. In bestaande literatuur ligt hier vaak wel de klemtoon op. Zo kan het gebruik van medicatie een invloed hebben op de seksualiteitsbeleving, zowel in positieve als negatieve zin (DeLamater, 2021; Rheume & Mitty, 2008). Thema's die binnen de literatuur als belangrijk aanzien worden, blijken in de praktijk minder relevant te zijn.

4.2 De waarden van huidig onderzoek en implicaties voor de praktijk

De waarde van dit onderzoek ligt in het verkrijgen van meer inzicht in de ervaringen van zorgverleners m.b.t. het thema seksualiteit. Er werd getracht hiaten binnen theorie en praktijk omtrent dit thema in kaart te brengen.

Hieruit blijkt dat literatuur zich meer focust op seksuele disfuncties bij ouderen. Seksualiteitsbeleving op zich blijkt een eerder onderbelicht thema te zijn. Waar de literatuur sprak van mythes en stereotypen omtrent seksualiteit, blijkt dat deze de dag van vandaag ervaren worden als dagelijkse realiteit. De impact van deze realiteit is afhankelijk van hoe men binnen de organisatie omgaat met seksualiteit. Ondanks het feit dat de literatuur eerder beperkt en verouderd is, werden veel van de hedendaagse moeilijkheden reeds behandeld en blijven deze nog steeds zeer actueel o.a. het gebrek aan privacy. Dit onderzoek geeft aan dat er vooral nood is aan een ruimere kijk op het thema en de definitie ervan. Seksualiteit zou onder andere bekeken moeten worden volgens leeftijdscategorieën. Het thema heeft nood aan plaatsing in de hedendaagse context. Op basis van dit onderzoek werd de relevantie van de literatuur voor de praktijk bevraagd.

Op deze manier werden pijnpunten blootgelegd:

- Creëren van een sekspositieve omgeving;
- Zelfbeschikkingsrecht van ouderen is nodig;
- Noden van ouderen in kaart brengen om bespreekbaarheid te vergroten;
- Hoe komen tot het opstellen van een beleid omtrent seksualiteit;
- Behoeftte aan een wetgevend kader rond seksuele dienstverlening;
- Opname van afspraken omtrent privacy in een woonzorgleefplan;
- Meer aandacht voor seksualiteit binnen opleidingen;
- Open communicatie tussen de betrokken actoren rekening houdend met het beroepsgeheim;
- Verschuiving van de oudere als initiatiefnemer naar de organisatie als initiatiefgever;
- In kaart brengen van mogelijkheden m.b.t. seksualiteitsbeleving bij ouderen.

Participanten gaven aan blij te zijn deel te kunnen nemen aan een onderzoek. Het gaf hen een stem en ze duiden op de meerwaarde van onderlinge interactie.

4.3 Reflectie en beperkingen van het huidig onderzoek

Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek is het noodzakelijk enkele kritische bedenkingen te maken. Deze worden onderverdeeld in de verschillende stappen van het onderzoek: steekproef, dataverzameling en data analyse.

4.3.1 Steekproefopzet

4.3.1.1 Rekrutering en participanten

De rekrutering binnen dit onderzoek liep niet erg vlot. Ondanks dat er via heel wat wegen getracht werd participanten aan te werven. De student-onderzoeker, werkbegeleider en copromotor hebben allen contact opgenomen met individuen en organisaties. Na de verspreiding van de rekruteringsflyer (bijlage 3) via Aditi vzw, was er een stijging in het aantal participanten. Echter werd het vooropgesteld aantal van twintig participanten niet behaald. Hiervoor zijn enkele mogelijke redenen. Ten eerste kan het personeelstekort een invloed hebben. Hierdoor kunnen zorgverleners zich niet vrijmaken voor twee uur. Er waren binnen de participanten enkele laattijdige annulaties. De hoofdreden hiervoor is dat mogelijke participanten diende te schuiven in de agenda omwille van het tekort.

Ten tweede staat niet elke voorziening open om over seksualiteit te spreken. Het taboe hierrond lijkt mogelijks groter dan eerst gedacht werd. Een participant binnen een van de focusgroepen gaf dit ook al aan. De individuen of organisaties die kozen hier aan deel te nemen zijn gemotiveerd om met seksualiteit aan de slag te gaan en staan hier positief tegenover. Voorzieningen die hier minder voor open staan, zullen waarschijnlijk minder gemotiveerd zijn om hierover in gesprek te gaan.

Verder zijn er ook enkele bedenkingen wat betreft het profiel van de participanten.

Uit de focusgroepen komt aan bod dat er veel schroom is bij jonge zorgverleners. Binnen dit onderzoek was de jongste participant zesentwintig jaar. Hierdoor kan deze bedenking niet bevestigd worden.

Daarnaast is de meerderheid van de participanten van het vrouwelijk geslacht. Op deze manier is het moeilijker de resultaten te generaliseren naar de gehele populatie. Ten slotte waren er slechts twee participanten tewerkgesteld binnen de thuissetting. De student-onderzoeker merkte dat het lastig was om organisaties te vinden die zich richten op deze thuissetting en deze te kunnen engageren tot deelname. Een nog efficiëntere rekrutering binnen de organisaties die actief zijn binnen de thuissetting had raadzaam geweest.

4.3.1.2 Onderzoeksbenadering

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatieve methoden omdat er getracht werd de ervaringen van participanten en literatuur met elkaar te vergelijken. Door gebruik te maken van focusgroepen werd getracht de communicatie te vereenvoudigen. Wanneer er vrijuit gesproken kan worden (bv. zaken waar participanten op vastlopen), kan dit drempelverlagend werken. Daarnaast kunnen participanten inkijk krijgen in andere organisaties en worden zo leermogelijkheden gevormd.

4.3.2 Dataverzameling

Om de dataverzameling te faciliteren werd er gekozen om de focusgroepen online in te plannen via MS Teams. Dit zorgde ervoor dat zowel de onderzoekers als de participanten geen verplaatsing diende te maken. De student-onderzoeker vond het een uitdaging het gesprek voldoende te kunnen modereren. Deze uitdaging wordt groter wanneer er meer participanten per focusgroep aanwezig waren. In dat opzicht was het goed om bij elke focusgroep een observator te hebben. Deze kon het gesprek onderbreken om ook extra vragen te stellen of verduidelijking te vragen. Er werd daarnaast ook gebruik gemaakt van onderzoekstriangulatie om onderzoeksbias trachten tegen te werken.

Bij online focusgroepen waren er enkele praktische belemmeringen.

De internetverbinding was niet altijd even stabiel (1). Hierdoor was er soms herhaling van zaken of gingen bepaalde zaken verloren. Het observeren van non-verbale communicatie en lichaamstaal ging voor een deel verloren (2) (Mortelmans, 2020). Daarnaast had de student-onderzoeker het idee dat de participanten niet altijd even gefocust waren (3). Dit merkte men door uitspraken als :”Mijn excuses, kan u de vraag nog eens herhalen? Ik was even een mail aan het lezen.” Verder konden er storende achtergrondgeluiden zijn (bv. Telefoon die afgaat) of werden participanten gestoord door anderen (4). Al deze zaken zorgde ervoor dat het transcriberen enkele malen bemoeilijkt werd. Op voorhand werd een mail met afspraken uitgestuurd (bijlage 4), hierdoor werd getracht deze storende factoren te beperken.

Een voordeel van een focusgroep is dat de moderator weinig invloed heeft op het gesprek (Van Assema et al., 1992). Toch kan het zijn dat participanten soms in een bepaalde richting gestuurd werden in diens antwoord, bijvoorbeeld wanneer een vraag verduidelijkt werd a.d.h.v. een voorbeeld.

Als laatste waren er enkele laattijdige annulaties waardoor er een groot verschil was in aantal participanten per focusgroep. Er was een focusgroep met slechts één participant. Het grote nadeel hierbij is dat er voor deze participant geen onderlinge interactie mogelijk was. De vragen waren hier meer beperkt tot de enkel leidraad.

4.3.3 Data-analyse

Ten slotte zijn er nog enkele kritische reflecties bij de data-analyse.

Allereerst werd er stilgestaan bij de subjectiviteit van de student-onderzoeker. Aangezien de data verzameling plaatsvond tijdens en na de literatuurstudie vormde zich reeds enkele ideeën met betrekking tot de thema's (Braun & Clarke, 2006). Om deze subjectiviteit te beperken is het belangrijk de stappen die gemaakt zijn tijdens het coderingsproces grondig uit te schrijven om zo transparantie te verzekeren (Braun & Clarke, 2006). Het uitgewerkte coderingsproces kan geraadpleegd worden in paragraaf 2.2.3 Data-analyse.

De uniciteit van ieders ervaringen en ideeën ging voor een deel verloren bij de analyse. Doordat men hier op zoek ging naar terugkerende thema's en patronen binnen deze ervaringen (Braun & Clarke, 2006).

4.4 Suggesties voor toekomstig onderzoek

Een eerste suggestie kadert binnen de participanten. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijden en disciplines. Om een genuanceerder beeld te krijgen over bijvoorbeeld handelingsverlegenheid m.b.t. seksualiteit bij jongere zorgverleners, kan het een meerwaarde zijn onderzoek te voeren naar deze doelgroep. Het kan een meerwaarde zijn te kiezen voor bepaalde disciplines om dit meer gedetailleerd te kunnen uitwerken. Op deze manier kan aangetoond worden of er verschillen zijn tussen disciplines op hoe zij naar seksualiteit kijken en hier mee omgaan binnen hun job.

Een tweede suggestie komt vanuit de focusgroepen zelf. Hierin werd aangekaart dat het een meerwaarde zou zijn onderzoek te verrichten bij ouderen zelf. Er wordt binnen dit onderzoek gesproken over ouderen evenals familie, zonder deze groepen direct in het onderzoek te betrekken. Hoogstwaarschijnlijk hebben zij andere inzichten of invalshoeken om deze thema's te benaderen.

Een derde suggestie betreft het herhalen van dit onderzoek met een groter aantal deelnemers. Dit kan zorgen voor een meer genuanceerd beeld en zou de generaliseerbaarheid van de data kunnen verhogen.

De vierde suggestie kadert binnen de manier van rekruteren. De rekrutering gebeurde in eerste plaats via e-mail en sociale media. Pas in een later stadium werd er telefonisch contact opgenomen. In een vervolgonderzoek kan het nuttig zijn dit rechtstreeks telefonisch contact met organisaties vanaf het begin op te zetten. Mogelijks kan dit de motivatie tot deelname binnen die organisatie verhogen.

Als vijfde komt vanuit de focusgroepen de noodzaak tot dit soort onderzoek meermaals naar voren. Hierdoor kan het een meerwaarde vormen om dit onderzoek uit te bereiden naar diverse settings. De thuissetting is ook binnen het huidig onderzoek onderbelicht. Waardoor een herhaling van dit onderzoek met focus op deze setting een meerwaarde kan zijn. Uit focusgroepen komt aan bod dat niet iedereen gebruik maakt van seksuele dienstverlening. Mogelijks kan deze hiaat gevormd worden omdat er weinig bekendheid rond seksuele dienstverlening is. Om deze bekendheid te doen toenemen, kan het een eerste stap zijn personen binnen Aditi vzw te interviewen rond drempels die zij opmerken. Deze kunnen dan mogelijks aangepakt worden, waardoor seksuele dienstverlening aan bekendheid kan winnen.

4.5 Suggesties m.b.t. het beleid

De eerste suggestie betreft het beleid gaat over bijkomend kwantitatief onderzoek. Een beleid maakt vaak gebruik van cijfermateriaal om beslissingen op te baseren. Via kwantitatief onderzoek kan dit cijfermateriaal verkregen worden. Ten tweede komt de noodzaak tot een beleid duidelijk aan bod uit de data. Om ervoor te zorgen dat een beleid opstellen geen toekomstwerk wordt, zou de overheid zelf het initiatief kunnen nemen om een beleid op te stellen. Bij gebrek aan eigen initiatief zouden ze de verplichting tot een beleid opstellen kunnen opleggen aan organisaties.

Uit de suggesties m.b.t. toekomstig onderzoek en beleid blijkt dat er binnen dit thema nog heel wat mogelijkheden zijn. Vervolgonderzoek kan een meerwaarde vormen om de bevindingen uit huidig onderzoek te verrijken met toekomstig onderzoek.

5 Conclusie

Er is doorheen de jaren een verschuiving in het maatschappelijk denkpatroon omtrent seksualiteit merkbaar. Ondanks deze positieve verschuiving is de invloed van het taboe op seksualiteit bij ouderen nog duidelijk merkbaar binnen de werksetting. Er is nood aan een open kijk op de benadering van seksualiteit in zijn geheel en in het kader van dit onderzoek van seksualiteit bij ouderen onder het idee van active ageing. Er werd gevonden dat de seksualiteitsbeleving niet alleen op structurele barrières kan botsen, maar ook op barrières omtrent ingesteldheid en visie van directie, personeel, ouderen en familie.

Het opstellen van Vlaamse richtlijnen kan ervoor zorgen dat organisaties aan de slag kunnen binnen een reeds bestaand kader. Zij kunnen dat kader dan volgens de behoeften binnen hun eigen organisatie personaliseren en aanpassen. Op deze manier dient het initiatief niet vanuit de ouderen te komen. Voor (toekomstige) werknemers binnen de organisatie wordt dankzij een beleid duidelijk waar de organisatie voor staat en/of zij zich zien functioneren binnen deze visie.

Voor woonzorgcentra zou dit binnen het woonzorgdecreet kunnen worden geplaatst. Een opsomming van mogelijkheden tot seksualiteitsbeleving zou binnen dit Vlaams kader ook een plaats kunnen krijgen. Binnen deze richtlijnen kan er ook aandacht zijn voor onderwijs voor zorgberoepen. Door aangepaste leerdoelen op te maken m.b.t. seksualiteit kan bij toekomstige werknemers een meer sensitieve houding worden ontwikkeld.

Er is nood aan verder onderzoek omtrent seksuele dienstverlening en welke partnerschappen hier mogelijks uit kunnen vloeien. Daarnaast is er behoefte aan de uitbreiding van het aanbod van seksuele dienstverlening. Op deze manier kan uitgebreider en beter aan de noden van ouderen tegemoetgekomen worden.

Er dient voorzichtig te worden omgesprongen met deze resultaten aangezien het gaat om een beperkt onderzoek. Echter zijn er veel zaken die terugkomen bij zo goed als alle zorgverleners, waardoor de bevindingen toch consistent lijken.

Dit onderzoek heeft een bepaalde waarde. Ten eerste voelen zorgverleners zich gehoord en krijgen ze een stem. Ten tweede hoopt men met dit onderzoek een signaal te geven rond de noodzaak tot een beleid. Ook op organisatorisch vlak hoopt men dat er stappen ondernomen worden om (zorg rond) seksualiteit te integreren binnen de ouderenzorg.

6 Referenties

- Aditi vzw. (2023). *Seksualiteit bij mensen met een kwetsbaarheid* [Presentatieslides; PowerPoint].
- Aditi vzw. (z.d.-a). *Visie en Missie* - www.aditivzw.be. Geraadpleegd op 29 maart 2023, van <https://aditivzw.be/nl/over-ons/visie-en-missie>
- Aditi vzw. (z.d.-b). *Wie zijn we* - www.aditivzw.be. Geraadpleegd op 29 maart 2023, van <https://aditivzw.be/nl/over-ons/wie-zijn-we>
- Aditi vzw. (z.d.-c). *Seksuele Dienstverlening* - www.aditivzw.be. Geraadpleegd op 29 maart 2023, van <https://aditivzw.be/nl/aanbod-en-prijzen/seksuele-dienstverlening>
- AGE Platform Europe. (z.d.). *Active Ageing*. Age Platform Europe The voice of older persons at EU level. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://www.age-platform.eu/glossary/active-ageing#:~:text=Active%20Ageing%20is%20defined%20by,of%20life%20as%20people%20age>.
- Amnesty International. (2019, 19 juli). *Seksuele rechten - mensenrechten*. Geraadpleegd op 6 april 2022 van <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/seksuele-rechten>
- Anderson, R. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Bakker, M., & de Boer, F. (2021). Kwaliteitscriteria in kwalitatief onderzoek: welke termen hanteer je als kwalitatief onderzoeker? *Kwalon*, 88–96. <https://doi.org/10.5117/KWA2021.2.002.BAKK>
- Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 63–68. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00051.x>
- Benders, L. (2023, 16 januari). *Vier soorten triangulatie in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 17 mei 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/triangulatie/>
- Berk, L. (2013). *Development through the lifespan* (6de editie). Pearson Education (US).
- Boendermaker, P. M., Schippers, M. E., & Schuling, J. (2001). Men neme tien deelnemers en één moderator . . . Het recept voor het uitvoeren van focusgroep- onderzoek. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 20(4), 147–152. Geraadpleegd op 28 oktober 2022 van <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03056518>
- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45–61. <https://doi.org/10.1080/14681990600637630>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruynseels, K., Daems, I. & Van Lonkhuijzen, E. (2018). *Grijze goesting: Liefde, intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd*. Standaard uitgeverij.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Academia Press. https://doi.org/10.26530/OAPEN_472415
- Calamidas, E. G. (1997). Promoting Healthy Sexuality among Older Adults: Educational Challenges for Health Professionals. *Journal of Sex Education and Therapy*, 22(2), 45–49. <https://doi.org/10.1080/01614576.1997.11074184>
- DeLamater, J. (2021, Maart 1). *Sexual expression in later life: a review and synthesis*. Opgehaald van Journal of Sex Research, Geraadpleegd op 12 mei 2022 van <https://www.tandfonline-com.kuleuven.e-bronnen.be/doi/pdf/10.1080/00224499.2011.603168?needAccess=true>
- De Lepeleire, J. (2018). Op zoek naar gezond verstand. *Minerva Evidence-Based Practice voor nog betere zorg*, 17(10), 128–131. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0678-1>
- Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken. (z.d.). *De vergrijzing zet zich verder*. Geraadpleegd op 4 mei 2022 van <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/de-vergrijzing-zet-zich-verder>
- 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(11–12), 1668–1676. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x>
- Familieplatform. (2021, 29 oktober). *Beroepsgeheim*. Geraadpleegd op 25 april 2023 van <https://familieplatform.be/beroepsgeheim/>
- Fugard, A., & Potts, H. W. W. (2019). Thematic Analysis. *SAGE Research Methods Foundations*. <https://doi.org/10.4135/9781526421036858333>
- Gastmans & Mahieu. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1891–1905. Geraadpleegd op 7 december 2022 van <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002291>
- Gijs, L. A. C. L., Aerts, L., Dewitte, M., Enzlin, P., Georgiadis, J., Kreukels, B. P. C., & Meuleman, E. (2018). *Leerboek seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Grenswijs. (z.d.). *Seksuele dienstverlening en hulpverlening*. Geraadpleegd op 24 april 2022 van <https://www.grenswijs.be/seksuele-dienstverlening-en-hulpverlening>

- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2003). Sexuality in the Nursing Home, Part 1: Attitudes and Barriers to Sexual Expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(3), 152–156. [https://doi.org/10.1016/s1525-8610\(04\)70325-4](https://doi.org/10.1016/s1525-8610(04)70325-4)
- Harris, M. A., & Orth, U. (2020). The Link Between Self-Esteem and Social Relationships: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.apa.org/fulltext/2019-55803-001.html>
- Howitt, D. (2019). *Introduction to qualitative research methods in psychology: putting theory into practice* (Fourth edition.). Pearson.
- Jacobson, S. A. (2013, April 20). *sexuality and long-term care: understanding and supporting the needs of older adults, by Gayle Appel Doll*. Opgehaald van Journal of Gerontological social work. Geraadpleegd op 30 maart 2023 van <https://www-tandfonline-com.kuleuven.e-bronnen.be/doi/pdf/10.1080/01634372.2013.779519?needAccess=true>
- Kreuze, A. (2020, 26 februari). *Wat is de ware betekenis van intimiteit?* AVPL.nl. Geraadpleegd op 11 maart 2022 van <https://www.avpl.nl/blog/wat-is-de-ware-betekenis-van-intimiteit/>
- Messelis, E. (2009). *Mannen willen seks, vrouwen willen intimiteit. . . : wat 50-plussers er in werkelijkheid zelf over denken* (1ste editie). Standaard Uitgeverij.
- Messelis, E. (2019). *Intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra*. Gompel&Svacina.
- Messelis, E. (2020, april). *Dossier: Intimiteit en seksualiteit bij ouderen*. Els Messelis. Geraadpleegd op 15 februari 2023 van <https://www.elsmesselis.com/onewebmedia/Actueel%20212-seksualiteit.pdf>
- Mittenfelner C., N., & Ravitch, S. M. (2016). *Qualitative research: bridging the conceptual, theoretical, and methodological*. SAGE.
- Mortari, L. (2015). Reflectivity in Research Practice. *International journal of qualitative methods*, 14(5), 160940691561804. <https://doi.org/10.1177/1609406915618045>
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (3de uitgave). Acco.
- Nojoredjo, I. (z.d.). *Regulatieve cyclus*. Geraadpleegd op 24 april 2023 van <https://slideplayer.nl/slide/8997459/>

- Powell, J. L., & Chen, S. (2018). Contemporary perspectives on ageism. *International Perspectives on Aging*, 19. Geraadpleegd op 25 maart 2022 van <https://www.springer.com/series/8818/editors>
- Prekatsounaki, S. (2014, 27 november). *Seksuele responscyclus*. Psyblog. Geraadpleegd op 24 april 2023 van <https://www.psyblog.nl/2014/11/27/hoe-werkt-seks/>
- Pubmed. (1966). *Aged*. National Library of Medicine. Geraadpleegd op 17 februari 2022 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>
- Pubmed. (1997). *Sexuality*. National Library of Medicine. Geraadpleegd op 17 februari 2022 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019529>
- Rademakers, J. (1994). Seksualiteit van ouderen: een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 208-213.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.08.004>
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371–379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>
- RoSa vzw. *Trends vandaag*. Geraadpleegd op 9 april 2022 van <https://rosavzw.be/nl/themas/lichaam-en-geest/schoonheidsidealen/trends-vandaag>
- Russell, G. M., & Kelly, N. H. (2002). Research as Interacting Dialogic Processes: Implications for Reflexivity. *Forum: Qualitative Social Research*. <https://doi.org/10.17169/fqs-3.3.831>
- Rutgers. (2021, 1 september). *Alle informatie over ouder worden en seksualiteit*. Geraadpleegd op 13 april 2022 van <https://seksualiteit.nl/onderwerpen/seksuele-levensloop/ouder-worden/>
- Savin-Baden, M., & Howell Major, C. (2013). *Qualitative research The essential guide to theory and practice*. Routledge.
- Sensoa. (z.d.-a). *Schoonheidsideaal*. allesoverseks.be - van Sensoa. Geraadpleegd op 9 april 2022 van <https://www.allesoverseks.be/schoonheidsideaal-tevreden-met-je-lichaam>
- Sensoa. (z.d.-b). *Voordelen van en redenen om seks te hebben*. allesoverseks.be - van Sensoa. Geraadpleegd op 13 april 2022 van <https://www.allesoverseks.be/voordelen-van-en-redenen-om-seks-te-hebben>

Sterftetafels en levensverwachting | Statbel. (2022, 14 juli). Geraadpleegd op 6 oktober 2022 van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting>

Statistiek Vlaanderen. (2023, 19 april). *Zorg en ondersteuning voor ouderen*. Geraadpleegd op 1 mei 2023, van <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/zorg-en-ondersteuning-voor-ouderen#:~:text=In%202021%20woonde%20in%20het,iets%20meer%20dan%2060.000%20personen.>

Team Taaladvies. (2022, 14 oktober). *Sekswerker*. www.vlaanderen.be. Geraadpleegd op 1 mei 2023, van [https://www.vlaanderen.be/taaladvies/woorden-van-de-week/sekswerker#:~:text=Een%20sekswerker%20is%20iemand%20die,worker\)%20en%20in%20het%20Afrikaans.](https://www.vlaanderen.be/taaladvies/woorden-van-de-week/sekswerker#:~:text=Een%20sekswerker%20is%20iemand%20die,worker)%20en%20in%20het%20Afrikaans.)

Universitair Ziekenhuis Gent. (2023, 13 april). *Instructies en handleidingen van het onderzoeksportaal*. UZ Gent. Geraadpleegd op 16 mei 2023, van <https://www.uzgent.be/over-uz-gent/organisatie/commissie-voor-medische-ethiek/onderzoeksportaal/instructies-en-handleidingen-van-het-onderzoeksportaal>

University of Michigan. (2018, mei). *Let's Talk About Sex*. National Poll on Healthy Aging. Geraadpleegd op 24 mei 2023, van <https://www.healthyagingpoll.org/reports-more/report/lets-talk-about-sex>

Van Assema, P., Mesters, I., & Kok, G. (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg (TSG)*, 70(7), 431–437. https://www.researchgate.net/publication/313752237_Het_focusgroep-interview_eeen_stappenplan

van Dale. (z.d.). *Seksualiteit*. Geraadpleegd op 17 februari 2022 van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/seksualiteit#.Ymq-Oi2QIbV>

Van der Straete, I., & Put, J. (2005). *Beroepsgeheim en hulpverlening*. Die Keure.

Van Even, P. (2017). *Een b(ro)ek vol goesting*. Geraadpleegd op 17 maart 2022 van https://www.s-plusvzw.be/sites/default/files/bestanden/een-b-r-oek-vol-goesting%20%281%29_0.pdf

- Van Houdenhove, E., Messelis, E., & Van Velthoven, J. (2016, 26 maart). *Seksualiteit in het woonzorgcentrum*. Sociaal.Net. Geraadpleegd op 3 mei 2022 van <https://sociaal.net/achtergrond/seksualiteit-in-het-woonzorgcentrum/>
- Van Velthoven, J., Messelis, E., & Van Houdenhove, E. (2016, maart). Seks in het woonzorgcentrum: geen evident verhaal. *Gerōn*, 18. https://gerontijdschrift.nl/kiosk/?sf_paged=2
- Verenigde naties. (2006, 12 december). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. Codex Vlaanderen. Geraadpleegd op 1 mei 2023, van <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1020363&geannoteerd=false>
- Verstraeten, D. (2006) Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit. In A. Marcoen, R. Gromme & N. Van Ranst (Red.), *Als de schaduwen langer worden: 116 psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn* (pp.233-246). Leuven: Lannoo Campus
- Vlaamse Overheid. (2019, 3 mei). *Woonzorgdecreet van 15 februari 2019*. Vlaamse Codex. Geraadpleegd op 16 mei 2023, van <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1031639&datum=&geannoteerd=true&print=false#H1093295>
- Vlaamse ouderenraad. (2016). Active ageing in woonzorgcentra. *Actueel*, 17(4), 37–42. Geraadpleegd op 22 april 2023 van <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2018-06/Actueel%2017%2C4.pdf>
- World Health Organization: WHO. (2019, 27 augustus). *Sexual health*. www.who.int. Geraadpleegd op 25 april 2023, van https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Geraadpleegd op 25 april 2023 van <https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOStandards-for-Sexuality-Education-in-Europe.pdf>
- www.belgium.be. (2019, 24 april). *Zorg voor ouderen*. Naar een gezond België. Geraadpleegd op 13 mei 2022 van <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen>
- Ydiers, E. (2019). *De seksuele revolutie als plooibaar historisch concept* [Masterscriptie]. Universiteit Gent.

Zeiss, A., & Kasl-Godley, J. (2001). Sexuality in older adults' relationships. *Generations-Journal of the American Society On Aging*, 25(2), 18–25. <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000175104400004?SID=EUW1ED0DA8btL4oslO1aaSnxS5YgT>

Zorgnet Vlaanderen. (2015, 25 september). *Ethisch advies 18: Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen*. Zorgnet-Icuro. Geraadpleegd op 25 maart 2022 van <https://www.zorgneticuro.be/publicaties/ethisch-advies-18-intimiteit-en-seksualiteit-de-zorg-voor-ouderen>

7 Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek (CME)

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Liesbeth Van Humbeeck
Geriatric
Alhier

contact Commissie voor medische ethiek	telefoon +32 (0)9 332 33 36	e-mail Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager Mano Peeters	datum 28/07/2022	pagina 1/6
Onze referentie: THE-2022-0064	EudraCT-nr:	Belg. Regnr: 6702022000249

Betreft:

Seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen in de thuis- en thuisvervangende setting.

Sexuality and sexual services for older people at home and care facilities.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 01/06/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 27/07/2022 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1

Ledenlijst: zie Bijlage 2

Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CC:
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

FAGG

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 01/06/2022.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified. EC therefore gives on 27/07/2022 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1 List of members: see appendix 2 Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: Begeleidende brief
- Begeleidende brief, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Categorie: CV
- CV CV Liesbeth Van Humbeeck (Nederlands)
- CV Mano Peeters (student), dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- ICH GOOD CLINICAL PRACTICE E6 (R2), versie 1 dd. 05/05/2022 (Engels)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- Gegevensverwerkingsregister, versie 1 dd. 05/05/2022 (Engels)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- Informed Consent, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Topic guide Focusgroep, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Categorie: Opmerkingsbrief CME U(Z) Gent - Opmerkingsbrief, dd. 08/06/2022

Categorie: Protocol
- Onderzoeksprotocol, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- Rekruteringsflyer, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands) - Reminder mail, versie 1 dd. 24/04/2022 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
 Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. dr. S. ROTTEY (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UGENT - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UGENT - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZ GENT – kindercardioloog, ♀)	Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZ GENT – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof. dr. W. NOTEBAERT (UGENT – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZ GENT – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZ GENT – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZ GENT – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZ GENT – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZ GENT – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZ GENT - moraaltheoloog, ♂)	Prof. dr. S. STERCKX (UGENT - moraalfilosoof, ♀)
Prof. dr. mr. T. BALTHAZAR (UGENT - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UGENT - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZ GENT – chirurg, ♂)	Prof. dr. W. CEELEN (UZ GENT – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZ GENT - internist/pneumoloog, ♂)	Prof. dr. H. VERSTRAELEN (UZ GENT – Vulva-arts, ♂)
Prof. dr. J. DECRUYENAERE (UZ GENT – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZ GENT – fertilititsarts, ♀)
Prof. dr. R. RUBENS (UZ GENT – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof. dr. W. VAN BIESEN (UZ GENT – nefroloog, ♂)
Prof. dr. M. De MUYNCK (UZ GENT – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Prof. dr. S. JANSSENS (UZ GENT – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZ GENT – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZ GENT – neonatoloog, ♀)

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met “medical devices” dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstremming - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contacts with patients, or when viewing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor. We would like to draw your attention to the fact that the EC expects her initial comments to be taken into account ab initio at the next submission by the same sponsor.

Provided that there is a **Clinical Trial Agreement**, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).

Studies with investigational medicinal products and certain studies with "medical devices" should be submitted by the client (PI or sponsor) to the FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products). Studies with investigational medicinal products are only allowed to be conducted, provided that the minister (FAMHP) does not state objections within legal deadlines as described in art. 13 of the Belgian law of 7/5/2004 concerning experiments on the human person and art. 21 of the Belgian law of 7/5/2017 concerning clinical trials with medicines for human use.

Certain studies using medical devices are also covered by legal deadlines (KB of 17/3/2009). Please consult the FAMHP website for more information: www.fagg-afmps.be.

Research on embryos in vitro is covered by the law of May 11, 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice of the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in vitro.

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This favorable advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study. You are reminded that concerning clinical studies, any observed serious event needs to be reported immediately to the sponsor and the ethics committee, even if the causal relationship with the study is unclear.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

*The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study. If the study will not be terminated within a year, the ICH-GCP demands that an **annual progress report** will be provided to the EC.*

*Finally, we request you to report the termination (early or planned) of the study within the legal deadlines and provide the **Clinical Study Report (CSR)** to the EC.*

In case of a clinical trial (EudraCT), please be informed that the results must be published in the European Clinical Trial Register. The report of these results can be sent to the EC as the CSR.

Bijlage 2: Rekruteringsmail

Beste,

De Academische Werkplaats Ouderenzorg Tandem (UZ Gent) werkt samen met Aditi vzw en de opleiding Master in de Seksuologie (KU Leuven) aan een project over seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen in de thuiszorg en in woonzorgcentra. We bekijken:

- Wat de attitude van zorgverleners tegenover seksuele dienstverlening is,
- Wat het beleid van de organisatie is rond seksuele dienstverlening,
- Welke antwoorden zorgverleners bieden op de seksuele noden van ouderen,
- Hoe de communicatie over dit thema naar naasten van bewoners verloopt.

Werkt u binnen de ouderen zorg (65+) en bent u bereid om uw ervaringen in een eenmalige online focusgroep te delen? Schrijf je dan in op één van onderstaande data via volgende link: [\[Link focusgroep\]](#)

- Datum 1
- Datum 2
- Datum 3
- Datum 4
- Datum 5

Aarzel niet om deze oproep ook binnen uw netwerk te verspreiden !

Van harte,
Liesbeth Van Humbeeck
Mano Peeters
Charlotte Boven

SEKSUALITEIT EN SEKSUELE DIENSTVERLENING BIJ OUDEREN

Wie?

Zorgverleners in thuis - of
thuisvervangende setting

Wat?

Focus groep gesprek

Waar?

Online of fysiek (afh. van locatie)

Tijd?

90-120 minuten, beginnend vanaf
September 2022



Voor meer informatie of deelname, mag u mij contacteren op:
mano.peeters@student.kuleuven.be

Dit onderzoek vindt plaats in het kader van een masterproef
binnen de richting Seksuologie aan de KU Leuven. Alle gegevens
worden anoniem verwerkt.



KU LEUVEN

Bijlage 4: Informatie mail focusgroepen

Beste,

Hartelijk dank voor de deelname aan de focusgroep van rond seksualiteit en seksuele dienstverlening op [datum]

Tijdens de focusgroep zitten we (virtueel) samen in een kleine groep van ongeveer vier tot zes zorgverleners uit verschillende disciplines. We willen met deze focusgroepen zicht krijgen op hoe de thema's seksualiteit en seksuele dienstverlening een plaats krijgen binnen verschillende organisaties. Daarnaast willen we ook zicht krijgen op persoonlijke visies en hoe deze in verband staan met de visie van de organisatie.

In bijlage kan u de informed consent terugvinden. Gelieve deze nog te handtekenen en ingescand naar ons terug te mailen.

We gebruiken voor de focusgroep Microsoft Teams als conference tool. Hieronder vindt u enkele algemene tips rond het werken met Microsoft Teams alsook de link naar de focusgroep. Bij verdere vragen rond Microsoft Teams, aarzel niet om ons te contacteren op [e-mail student-onderzoeker]. Bij technische problemen of indien u op het voorgestelde moment geen toegang hebt tot de focusgroep kan u terecht bij:[telefoonnummer student-onderzoeker].

We raden u aan om **10 minuten** op voorhand in te loggen om uw instellingen, volume, microfoon en beeld te testen. Zo kunnen we u tijdig verder helpen bij moeilijkheden. Gelieve niet last minute aan te melden zodat we tijdig met de focusgroep kunnen starten.

We geven graag enkele tips mee voor een geslaagde online ervaring:

- Check je internetverbinding! Een netwerkkabel i.p.v. draadloos internet levert betere resultaten. Gelieve notificaties uit te schakelen
- Zorg voor een rustige, prikkelvrije werkruimte. Probeer in een ruimte te gaan zitten waar u niet gestoord kan worden en uw telefoon uit te schakelen of in stille modus te zetten.
- De online applicatie activeer je best via volgende browsers: Chrome, Safari of Firefox. Vermijd Internet Explorer. Downloaden van het programma Microsoft Teams is niet nodig, je kan de webversie gebruiken. Hou wel rekening met beperktere interactiemogelijkheden op die manier.
- De link die u ontvangt per mail is zichtbaar onder '*Click here to join meeting*'.
- Test vooraf de camera, microfoon of headset, zorg dat ze niet actief zijn in een andere applicatie.
- Schakel jouw micro aan wanneer je wil spreken, demp ("mute") je micro wanneer je luistert om echo, storing en ruis te vermijden.
- Activeer de camera zodat iedereen elkaar kan zien.

Hierbij willen we u er nog aan herinneren dat dit gesprek opgenomen zal worden. Alle gegevens worden achteraf geanonimiseerd en uw antwoorden zullen niet terug te koppelen zijn aan uw identiteit.

Via de volgende link krijgt u rechtstreeks toegang tot de virtuele ruimte:

Microsoft Teams-vergadering

Deelnemen op uw computer of via de mobiele app

[Klik hier om deel te nemen aan de vergadering](#)

vergaderings-id:...

Wachtwoordcode: ...

[Teams downloaden](#) | [Deelnemen op het web](#)



[Meer informatie](#) | [Opties voor vergadering](#)

Met vriendelijke groeten

Mano Peeters

Bijlage 5: Herinneringsmail

Onderwerp: Herinnering focusgroep

Geachte [NAAM PARTICIPANT],

Met deze mail wil ik u graag helpen herinneren aan het focusgroepgesprek dat volgende week [DATUM EN TIJD INVOEGEN] zal plaatsvinden.

Tot dan!

Met vriendelijke groeten

Mano Peeters

Student KU Leuven

Bijlage 6: Informed Consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen in de thuis-en thuisvervangende setting: een kwalitatief onderzoek

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de 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' voor deelname aan een experiment 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

Wat is het doel van de studie?

U zal binnenkort een uitnodiging krijgen tot deelname aan een focus groep gesprek.

De dienst Geriatrie UZ Gent voert een onderzoek uit naar seksuele dienstverlening binnen thuis- en thuisvervangende setting.

Hoe lang duurt het onderzoek?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een focus groep gesprek. Dit zal ongeveer 90-120 minuten 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.

WIE HEEFT TOEGANG TOT DE DATA?

DEZE VERZAMELING VAN GEGEVENS WORDT UITGEVOERD ONDER SUPERVISIE VAN PROF. DR. PAUL ENZLIN, DR. LIESBETH VAN HUMBEECK EN DOCTORAATSSTUDENTE DRS. CHARLOTTE BOVEN. STUDENTE, MANO PEETERS, VAN DE VAKGROEP SEKSUOLOGIE AAN DE KU LEUVEN ZAL DEEL UITMAKEN VAN HET ONDERZOEKSTEAM.

2. INCLUSIECRITERIA

De belangrijkste inclusiecriteria voor dit onderzoek zijn dat de participant werkzaam is als zorgverlener binnen ouderenzorg. Dit kan zowel in thuiszorg, lokale dienstcentra, woonzorgcentra et cetera. Daarnaast moet de participant de Nederlandse taal voldoende beheersen, in die mate dat de participant een vlot Nederlands gesprek kan voeren en begrijpen. Als laatste criteria is de participant bereid tot deelname aan een eenmalige focusgroep.

3. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het gesprek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op u.

4. 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 in de visie rond seksuele dienstverlening en seksualiteit bij ouderen in thuis of thuisvervangende setting.

5. KOSTEN

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

6. 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 over u 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, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Ook zullen enkel de gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden bij de analyse en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in tijdschriften of op congressen) over de studie. Dus quotes worden bij publicatie enkel gebruikt als deze op geen enkele manier naar u te herleiden zijn. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Van Humbeeck (UZ Gent). 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 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 toezichhoudende 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

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding 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 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

8. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Masterproefstudent

Naam: Mano Peeters

Telefoonnummer: 0491/11.11.66

Doctoraatsstudent

Naam: Charlotte Boven

Telefoonnummer: 09 3322356

Onderzoeksmedewerker

Naam: Liesbeth Van Humbeeck

Telefoonnummer: 09 3320435

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mij.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, de Universiteit Gent en Katholieke Universiteit Leuven en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande het onderzoek worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- 2) Ik ben akkoord dat mijn gegevens veilig bewaard worden tot 20 jaar na afronding van het onderzoek. Mijn data zal niet gebruikt worden voor andere doeleinden.
- 3) Ik ben ervan op de hoogte dat het gesprek opgenomen wordt en dat de masterproefstudent en zijn/haar promotoren toegang hebben tot de data

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 7: Topic Guide



KU LEUVEN

De vragenlijst (of focusgroepguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in de focusgroep aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens de focusgroep geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

Focusgroepgesprek

“Seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen in thuis- en thuisvervangendesetting”
--

Vorbereiding

- Per mail (1,5 week voordien)

Voor de focusgroep:

De participanten

- Informed consent vooraf geven en individueel afoetsen of er nog vragen zijn
- Socio-demografische gegevens laten invullen :
 - Wat is uw geslacht: man/vrouw/x/ zeg ik liever niet (schrapp wat niet past)
 - Wat is uw leeftijd: zelf in te vullen
 - In welke werksetting werkt u?: woonzorgcentrum, thuiszorg, lokaal dienstcentrum, ...
 - Hoeveel jaar werkervaring heeft u?: zelf in te vullen

- In welke discipline staat u tewerk gesteld?: zelf in te vullen
- Hoe definieer jij als zorgverlener familiegerichte zorg? Hoe zie jij als zorgverlener de wisselwerking tussen zorg voor patiënten en hun familie ende infrastructuur van jullie afdeling? Schrijf een aantal kernzaken op om tijdens de focusgroep zelf in te brengen.
- Bezorgen van reminders m.b.t. focusgroep en IFC.

Het team:

- Een korte introductie voorzien
- Bepalen wie de rol moderator en observator zal opnemen

Tijdens de focusgroep:

- Tijdslimiet van maximaal 90 à 120 minuten
- Vormgeving: vraagstelling in groep volgens focusgroepguide
- Voldoende modereren zodat elke participanten aan het woord kan komen
- Moderator: verdiepende vragen stellen

Ontvangst

Taken:

- Verwelkomen van de participanten

Introductie

Duur: 10 minuten

Taken:

Moderator

- Bedanken van aanwezigen voor hun komst
- Uitleggen doel van het onderzoek
- Korte voorstelling van de moderator en observator
- Benadrukken dat de gegevens veilig bewaard worden en enkel voor dit onderzoeksopzet gebruikt worden
- Vragen om vertrouwelijk om te gaan met de informatie

Dag allemaal, graag wil ik jullie bedanken voor jullie deelname aan deze focusgroep die wil peilen naar wat zorgverleners hun attitude is rond seksuele dienstverlening bij ouderen en het beleid daarrond binnen de organisaties waar jullie te werk gesteld zijn.

De data die verkregen wordt zal gebruikt worden om de masterproef naast theorie, ook te voorzien van de praktijk. Het is belangrijk om een blik te kunnen werpen op wat er leeft in de praktijk rond dit onderwerp.

Voor we starten stel ik mezelf graag even voor en geef ik nog even kort uitleg over het verloop van het gesprek (voorstelling van moderator en observator).

Aan de hand van dit focusgroepgesprek willen we jullie mening en ervaring meenemen omtrent seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen.

We bespreken dit in groep om zo een zicht te krijgen op verschillende ervaringen. Bovendien willen we zo het onderling in interactie gaan over dit thema stimuleren. We willen benadrukken dat ieders ervaring en mening van belang is en dat iedereen zijn/haar gedachten, ervaringen en gevoelens mag uitdrukken. Er zijn dus geen foute antwoorden mogelijk, we zijn geïnteresseerd in hoe jij dit beleeft.

Het gesprek zal ongeveer twee uur duren. Het gesprek wordt ook opgenomen om alle gegevens uit het gesprek te verzamelen. We willen benadrukken dat de gegevens veilig bewaard worden en enkel voor dit onderzoeksopzet gebruikt worden. De opnames worden enkel beluisterd door de onderzoekers van dit onderzoeksproject. De discretie van jullie gegevens wordt verzekerd. Na het afronden van het onderzoek worden de opnames niet bewaard.

Tot slot willen we ook vragen om vertrouwelijk om te gaan met de informatie die tijdens het focusgroep gesprek door anderen verstrekt wordt.

Is het goed voor jullie als ik de opname start?

Doel van focusgroep

Het doel van de focusgroepen is een antwoord te kunnen vinden op de onderzoeksvraag en bijkomende vragen. De onderzoeksvraag van deze studie bestaat uit twee vragen. De eerste luidt als volgt: *Wat is de attitude van zorgverleners rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij ouderen binnen de thuis- en thuisvervangende setting?* Hierbij worden enkele bijvragen opgesteld: *Wat is de huidige implementatie van seksualiteit en seksuele dienstverlening binnen de werksetting?, In welke mate is er een beleid rond seksualiteit?, In welke mate wordt de familie betrokken bij dit gebeuren?*

De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt: *Welke drempels of facilitatoren ervaren zorgverleners bij het inspelen op de seksuele noden van ouderen?*

We gaan hier dus op zoek naar visies en attitudes rond seksualiteit en seksuele dienstverlening bij zorgverleners. Verder kan het ook nuttig zijn ervaringen te delen. Zo kan er een beeld gevormd worden of zorgverleners zich in het beleid kunnen vinden en zich in hun handelen gesteund voelen door het beleid.

Aantal en duur van de focusgroep

Om een goed beeld te kunnen vormen organiseren we 5-7 focusgroepen . Wanneer we na deze focus groepen geen data saturatie bereikt hebben zouden extra focusgroepen aangeraden zijn. Elke focus groep bevat ongeveer 6 deelnemers. Elk focus groep gesprek zal ongeveer 90 tot 120 minuten duren.

Vorbereiding

Locatie

De focusgroep zal online plaatsvinden via MS Teams.

Benodigdheden

- Lijst van participanten
- Script
- Recorder, 1 x opname via laptop, 1 recorder van KU Leuven
- Notitieboekje voor observator en moderator om kort wat te noteren
- Pen voor observator en moderator

Observator:

- Specifieke aandacht voor non-verbale communicatie
- Timemanagement

Doel:

Inzicht krijgen in wat zorgverleners ervaren als barrières en facilitators van hun afdelingsstructuur om goede zorg te leveren en hoe de afdelingsstructuur familiegerichtezorg mee zou kunnen faciliteren.

Voorstellingsrondje

Duur: 15 minuten

Taken:

- Deelnemers zichzelf laten voorstellen:
“Voor we het gesprek starten zou ik jullie willen vragen om jezelf even kort voor te stellen. Wie ben je en wat is je functie?”

Vragen

Duur: 90 minuten (elke vraag 30 minuten)

KERNVRAGEN

1. Hoe gaan jullie binnen jullie organisatie om met de seksualiteit van bewoners (>65 jaar)?
 - a. In welke mate bestaat er hierrond een beleid op jullie organisatie?
 - b. In welke mate is er seksualiteitsbeleving mogelijk in intieme sfeer?
 - c. In welke mate wordt er gebruik gemaakt van seksuele dienstverlening?
2. In welke mate wordt familie betrokken rond de seksualiteitsbeleving van hun naaste?
In welke mate worden ze ingelicht over seksuele dienstverlening?
 - a. Hoe pak je deze gesprekken met familie aan?
 - b. In welke mate houdt je rekening met de wensen van familie?
3. Welke barrières/facilitatoren ervaar je m.b.t. de seksualiteitsbeleving van bewoners?
 - a. Welke barrières/facilitatoren ervaar je m.b.t. seksuele dienstverlening bij bewoners?

VERDIEPENDE VRAGEN

1. Je noemt ... kan je dit even toelichten?
2. Je spreekt over ... kan je dit verduidelijken?
3. Hoe heb je dat ervaren?
4. Hoe ben je daarmee om gegaan?
5. Welk gevoel had je daarbij?
6. Hoe zien anderen dit?
7. Kan je daar iets meer over vertellen?
8. Wat vind je daarvan?

9. Wat is er toen gebeurd?

SLOTVRAGEN

- Korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen
 - o “Als ik het zo kort samenvat, heb ik dan goed jullie ervaringen begrepen ofwensen jullie nog iets hieraan te veranderen?”

“Zijn er nog zaken die niet besproken werden, waarvan jullie vinden dat ze wel aan bod hadden moeten komen

Einde

Duur: 15 minuten

Taken:

- Reflecteren en afsluiten
- “We komen stilaan aan het einde van dit gesprek: -
 - o zijn er nog vragen?”
 - o hoe hebben jullie het gesprek ervaren?”
 - o vond je er dat er iets opvallend was binnen het gesprek?”
 - o wat zijn zaken die je uit dit gesprek zal meenemen?”
 - o welke zaken zijn je bijgebleven?”

“Dit is het moment waarop we het focusgroep gesprek zullen afronden. Ik wil iedereen bedanken om deel te nemen!”

Door jullie medewerking is het mogelijk om de ervaringen van hulpverleners metbetrekking tot familiegerichte zorg op hun afdeling te bundelen.

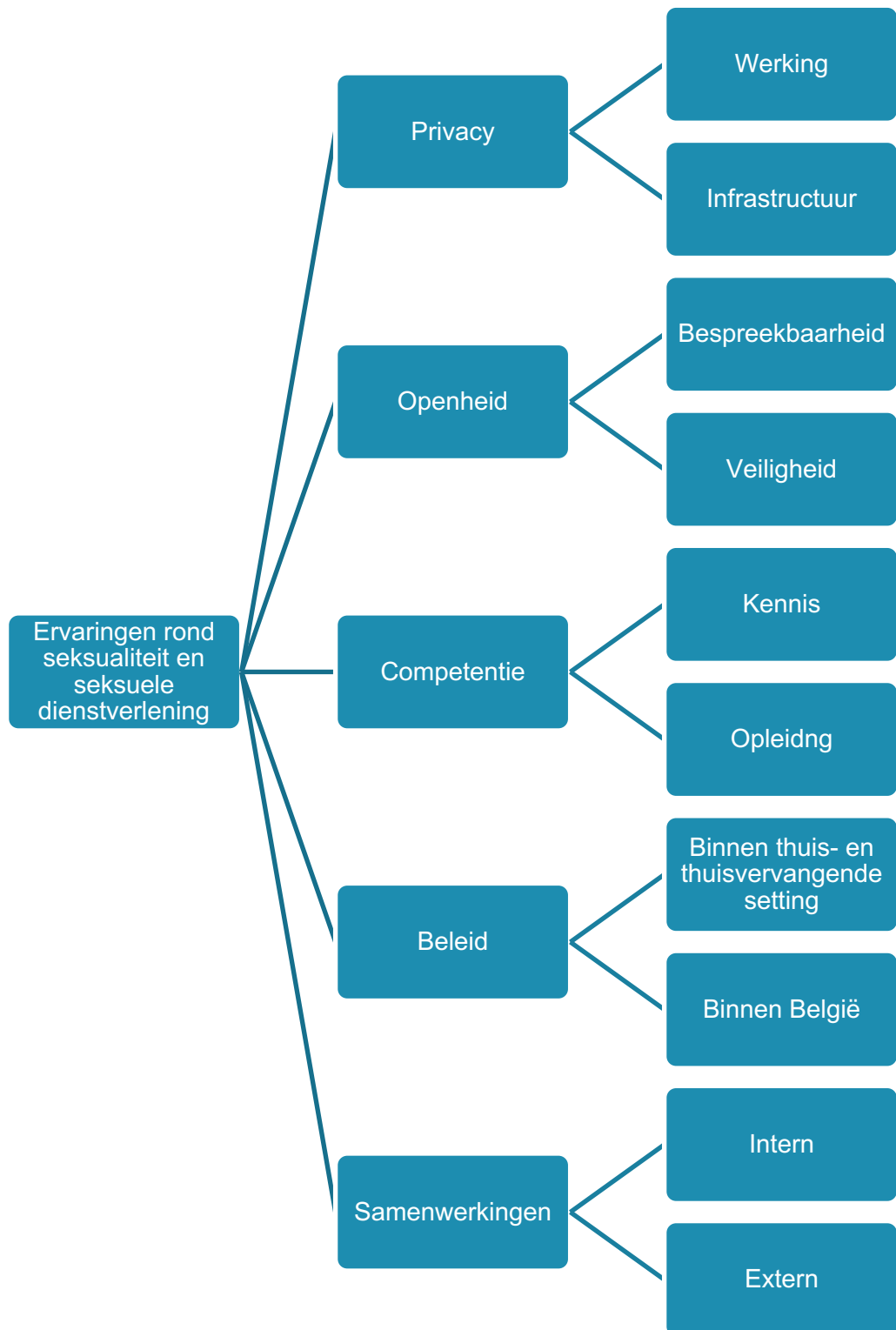
De resultaten worden verwerkt door het onderzoeksteam en in een latere fase van het onderzoek naar jullie teruggekoppeld.

De resultaten worden gebruikt bij de plannen voor de inrichting van de afdelingen binnende nieuwbouw.

- Afzetten opnameapparatuur
- Afscheid nemen van participanten
- Debriefing van moderator en observator
 - o Nota's overlopen en observaties overlopen:

- Opvallendheden
 - Lichaamstaal
 - Groepsdynamiek
 - Algemeen verloop
- o Bespreken van eerste indrukken

Bijlage 8: Codeboom



Bijlage 9: Framework

In deze bijlage volgt een zelfreflectie van de student-onderzoeker.

Voor het onderzoek heb ik zelf nooit bewust stilgestaan bij het onderwerp seksualiteit binnen een thuis- of thuisvervangende setting.

Bij mijn vooropleiding (professionele bachelor Orthopedagogie) heb ik stage gedaan in een woonzorgcentrum. Hier kwam dit thema nooit aan bod. Hierdoor had ik de indruk dat dit een onderwerp was dat uit de weg gegaan werd of waar niet over gesproken werd. Het is pas tijdens de opleiding dat ik voor het eerst in aanraking kwam met seksualiteit en ouderen in het algemeen alsook specifiek in thuisvervangende setting. Hier kreeg ik mee dat seksualiteit een thema was binnen bij ouderen waar een taboe rond hangt, mythes en vooroordelen kwamen aan bod alsook barrières binnen thuisvervangende settings. Het is mogelijk hierdoor gebiast te zijn.

Het was belangrijk om eerst literatuurstudie te doen om me zo in te kunnen lezen over dit onderwerp, aangezien mijn kennis hierrond vrij beperkt was. De literatuur gaf uitgebreid weer wat ik in de opleiding gezien had. Hierdoor werd mijn kennis ook verder uitgebreid.

Ik voel dat ik tijdens deze masterproef veel nieuwe inzichten heb opgedaan over dit thema. Het is pas tijdens de focusgroepen dat ik merkte hoe groot dit taboe dan precies was en wat er op de werkvloer speelt. Dit zorgde ervoor dat ik interessante inzichten opgedaan heb en over nieuwe kennis beschik.

