

Intimiteit en seksualiteit in het verpleeghuis

Hoe breng je dit ter sprake?



Intimiteit en seksualiteit in het verpleeghuis

Een kwalitatieve studie naar hoe een organisatie haar zorgverleners kan ondersteunen in de wijze waarop zij met de oudere cliënt een gesprek over intimiteit en seksualiteit aan kunnen gaan.

Karin Jobse

Saxion Hogeschool / TriviumMeulenbeltZorg
Master Advanced Nursing Practice (MANP)
Meesterproefbegeleider: Dr. M.E.M. den Ouden
Begeleider in de praktijk: Drs. M. Lenferink
Contactgegevens: kjobse@triviummeulenbeltzorg.nl



Copyright © 2017 K. Jobse, Borne

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd, verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur

*Ergens is een plek waar we kunnen aanleggen.
Een zee die ruist van intimiteit.
Ze ligt waar stervelingen elkaar bewonen en bewaren
Als een ziel, een zijn, een Altijd.*

Claire vanden Abbeele

Voorwoord

Met veel plezier leg ik u het verslag voor van mijn meesterproef in het kader van de MANP.

Dit onderzoek en het hieruit volgend proces om te komen tot bruikbare aanbevelingen, waren voor mij nieuwe uitdagingen die ik met toenemend enthousiasme ben aangegaan.

De zoektocht naar wat mensen beweegt in hun handelen of in hun niet-handelen heeft me altijd geboeid, net als het feit dat zij zelf degene zijn die oplossingen voor knelpunten aan moeten kunnen dragen. Daarmee laat je mensen in hun waarde en wordt de motivatie tot verandering en verbetering vergroot. dat is mijn visie.

Mijn dank gaat uit naar Marjolein den Ouden (hoofdonderzoeker bij Saxion), Martin Lenferink (regiomanager bij TMZ). Zij hebben mij begeleid tijdens dit onderzoek en de totstandkoming van het verslag.

De zorgverleners die hebben deelgenomen aan de focusgroepen wil ik bedanken voor hun openheid en enthousiasme.

Ook dank ik goede vriend Gerard, die inhoudelijk en redactioneel heeft meegelezen en in discussies bijgedragen heeft aan het aanscherpen van de resultaten en de conclusies.

Ik hoop dat het plezier dat ik aan dit onderzoek heb beleefd, voor u als lezer terug te vinden is in dit verslag; dat ook uw enthousiasme om zorgverleners binnen de organisatie te ondersteunen bij het aangaan van het gesprek over intimiteit en seksualiteit bij ouderen, zal toenemen.

Borne, 17 juni 2017

Karin Jobse

Samenvatting

Achtergrond en doel

Intimiteit en seksualiteit (I&S) wordt gezien als een belangrijke waarde in het leven, ook voor ouderen. De beleving van en de behoeften aan intimiteit en seksualiteit (I&S) bij ouderen die afhankelijk zijn van zorg, is bij zorgverleners en zorginstellingen echter een nog weinig besproken onderwerp. In het huidige onderzoek is onderzocht wat de ervaringen zijn van zorgverleners wanneer zij het gesprek met de oudere in een zorgverleningssituatie aangaan, en op welke wijze zij hierin ondersteund kunnen worden.

Methode

In dit kwalitatieve onderzoek werden data verzameld tijdens drie focusgroepen met in totaal 18 zorgverleners van TriviumMeulenbeltZorg (TMZ). De topics tijdens de focusgroepen waren: ervaringen met het bespreken I&S, belemmerende en bevorderende factoren en de eventuele verschillen in benadering van ouderen met somatische en psychogeriatrische problematiek. De audiotapes van de focusgroepen werden getranscribeerd, gecodeerd en via een inductief proces geanalyseerd met het programma ATLAS.ti. Dit proces resulteerde in hoofdthema's en subthema's en de relatie daartussen.

Resultaten

De analyse resulteerde in de volgende vijf hoofdthema's: 'Vel-aan-vel', 'Intimiteit en seksualiteit in beeld', 'Iedereen is anders', 'Teamspirit' en 'Aan de slag'. Een persoonlijke band met de oudere en onderling vertrouwen zijn essentieel om I&S te kunnen bespreken. Samenwerking en gemeenschappelijke waarden binnen het team op dit gebied zijn belangrijk om ouderen en hun partners de ruimte en gelegenheid te bieden tot het beleven van I&S. Facilitering van zorgverleners kan verder worden vormgegeven door een team van deskundigen en mogelijkheden om het gesprek te oefenen.

Conclusie en relevantie

Het belang van I&S voor ouderen wordt door de respondenten onderkend. Er is echter meer nodig om het gesprek met hen over dit thema aan te gaan. Intimiteit in de vorm van nabijheid met de oudere, is een voorwaarde. Het is noodzakelijk dat de zorgverleners ondersteund worden bij het aangaan van de gesprekken. Dit kan TMZ doen door de volgende aanbevelingen te overwegen: meer aandacht voor het thema I&S in zorgsituaties, de beschikbaarheid van voorzieningen en de aanwezigheid van deskundigen op dit onderwerp. De relevantie van de verpleegkundig specialist wat betreft dit thema, ligt in de bijdrage die zij kan leveren bij aan het onder de aandacht brengen van het thema in het algemeen en de ondersteuning aan de zorgverleners in het bijzonder.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	11
1.1 Aanleiding.....	11
1.2 Probleemstelling.....	13
1.3 Doelstelling.....	13
1.4 Relevantie voor de verpleegkundig specialist.....	14
2. State of the art.....	15
2.1 Zoekstrategie.....	15
2.2 Begripsbepaling.....	15
2.3 Literatuuriëntatie.....	16
2.4 Samenvatting.....	19
2.5 Vraagstelling.....	19
3. Onderzoeksmethode.....	21
3.1 Onderzoeksdesign.....	21
3.2 Populatie.....	21
3.3 Focusgroep.....	22
3.4 Data-analyse.....	23
3.6 Ethische aspecten.....	23
4. Resultaten.....	25
Vel aan vel.....	26
Intimiteit en seksualiteit in beeld.....	29
Iedereen is anders.....	29
Teamspirit.....	30
Aan de slag.....	32
5. Discussie.....	35
5.1 Terugblik.....	35
5.2 Relatie met 'state of the art'.....	36
5.3 Beperkingen.....	37
6 Conclusie.....	39
6.1 Kritische kanttekening.....	39

7	Aanbevelingen.....	41
7.1	Verder onderzoek	42
7.2	Rol van de verpleegkundig specialist	42
	Literatuurlijst.....	45

1. Inleiding

TriviumMeulenbeltZorg (TMZ) is een organisatie voor verpleeghuiszorg en thuiszorg in de regio Twente. Met persoonlijke zorg wil zij ouderen en chronisch zieken ondersteunen in de thuissituatie of, indien het niet anders kan, in een intramurale setting. In tabel 1 wordt de toekenning van het aantal plaatsen door het Zorgkantoor voor 2015 weergegeven. De zorg wordt geleverd door 1900 medewerkers (in totaal ruim 1000 fte) en 1300 vrijwilligers (jaardocument TMZ, 2015). TMZ biedt zorg aan bewoners met psychogeriatrische en somatische problemen en aan cliënten met een indicatie voor geriatrische revalidatie.

Tabel 1. Overzicht aantal bedden/plaatsen TMZ

Aard van de zorg	Aantal cliënten/bewoners
Zorg en verblijf (intramuraal)	857 cliënten/bewoners
Dagactiviteiten	322 cliënten
Thuiszorg	744 cliënten

TMZ wil in de zorg en ondersteuning aan haar cliënten, de hoogst haalbare kwaliteit van zorg bieden. Aandacht en ruimte voor intimiteit en seksualiteit is hierin een essentieel onderdeel, zo vindt ook het bestuur, het management en de cliëntenraad. Daarom willen zij op een zorgvuldige wijze beleid maken op dit thema vanuit een coöperatief model waarbij de zorgverleners en cliënten intensief betrokken worden (triviummeulenbeltzorg.nl). Deze meesterproef wil hieraan een bijdrage leveren, door de eigen ervaringen van de zorgverleners van TMZ omtrent het spreken met ouderen over intimiteit en seksualiteit te inventariseren en deze om te zetten in behoeften aan ondersteuning. De verwachting is dat deze behoeften, vertaald naar aanbevelingen, bij kunnen dragen aan het beleid rond het thema.

1.1 Aanleiding

Intimiteit en seksualiteit bij ouderen is een thema waar internationaal gezien veel onderzoek naar gedaan is en gedaan wordt. Deze onderzoeken richten zich dan met name op de wijze waarop er in zorginstellingen ruimte wordt geboden voor het beleven van intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Daarnaast wordt door onderzoekers de vraag gesteld hoe zorgverleners ondersteund (kunnen) worden in het aangaan van gesprekken met ouderen hieromtrent. Zie ook het hoofdstuk 'State of the art'.

Ook in Nederland staat het thema intimiteit en seksualiteit bij ouderen in het verpleeghuis volop in de belangstelling. Zowel in de landelijke politiek als ook op organisatieniveau wordt gepleit hier (meer) aandacht aan te besteden bij mensen

die, al dan niet langdurig, in het verpleeghuis opgenomen zijn. Staatsecretaris van Rijn maar ook Tweede Kamerlid Bergkamp, hebben in het NOS journaal op respectievelijk 4 april en 12 juni 2016, gepleit voor meer aandacht voor de beleving van intimiteit en seksualiteit bij mensen in het verpleeghuis en voor het doorbreken van het taboe rond seks in deze setting (nos.nl, 2016). Meer aandacht hiervoor kan bijdragen aan betere kwaliteit van de zorg, is hun visie.

Daarnaast wordt er voor dit maatschappelijk relevante thema, vanuit meerdere invalshoeken in ons land aandacht gevraagd. Koepelorganisaties hebben een manifest opgesteld over het feit dat intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (Rutgers et al., 2016). In een eerder onderzoek werd gepubliceerd dat, willen we ouderen goede zorg bieden, het noodzakelijk is notie te hebben van hun wensen en behoeften op het gebied van intimiteit en seksualiteit (Mahieu & Gastmans, 2015)

In navolging van de brede landelijke en regionale aandacht voor het onderwerp intimiteit en seksualiteit in het verpleeghuis, is er in 2015 binnen TMZ een adviesnota uitgebracht. In deze nota wordt gepleit voor meer aandacht voor intimiteit en seksualiteit in de zorg en behandeling van de bewoners van TMZ (Vlasblom, Pullen & Fokkinga, 2015). De opstellers van de nota adviseerden het bestuur en management hiertoe een projectgroep in te stellen. Parallel aan deze ontwikkeling is in samenwerking met Saxion Enschede een onderzoek gestart onder de zorgverleners en onder aan de zorgverlening verwante functionarissen bij TMZ. Dit onderzoek startte in 2015 met een vragenlijst die zich richtte op de bij de zorgverleners aanwezige kennis en visie met betrekking tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Er werd hiervoor gebruik gemaakt van de Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS).

In onderstaande tabel worden een aantal resultaten van deze enquête weergegeven (Den Ouden, 2016). Opvallend hierbij is dat ongeveer de helft van de deelnemers (230) niet op de hoogte is van het bestaan van de behoefte aan intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Wat ook opvalt, is dat er een substantieel aantal personen (362) aangaf dat er een gebrek is aan faciliteiten om intimiteit en seksualiteit met de partner te delen.

Tabel 2. Resultaten ASKAS (n=470)

Items	Frequentie (%) of Gemiddelde ± sd
Professional is niet voldoende op de hoogte van de behoefte aan intimiteit en seksualiteit (I&S) op oudere leeftijd	230 (49%)
Cijfer voor open houding/visie ten aanzien van 'intimiteit'	6.1 ± 1.7
Cijfer voor open houding/visie ten aanzien van 'seksualiteit'	5.5 ± 1.9
Behoeftte aan aanvullende informatie, opleiding en bijscholing op gebied van I&S	6.1 ± 2.4
Voorkomen van gespreksverlegenheid om gesprek over I&S aan te gaan	7.3 ± 2.0
Gebrek aan faciliteiten voor mogelijkheden om I&S te beleven	362 (77%)
Professionals die mee willen werken aan verbetering in beleid met betrekking tot I&S	61 (13%)

1.2 Probleemstelling

Uit het voorgaande blijkt dat zowel het bestuur als ook de zorgverleners van TMZ aandacht voor intimiteit en seksualiteit hoog in het vaandel hebben staan. Toch blijkt het niet vanzelfsprekend te zijn om in de zorgsituaties met cliënten, veelal ouderen, het gesprek aan te gaan over hun beleving en wensen op het gebied van intimiteit en seksualiteit. Het is onduidelijk wat de zorgverleners kan helpen om dit gesprek wel aan te gaan en de oudere ruimte te bieden intimiteit en seksualiteit te beleven.

1.3 Doelstelling

De onderzoeker is in deze meersterproef op zoek gegaan naar de ervaringen van zorgverleners van TMZ met het aangaan van het gesprek over de beleving van en de behoefte aan intimiteit en seksualiteit van de oudere en hun behoefte aan ondersteuning hierbij. Deze ervaringen zullen, vanuit de discussie met de relevante literatuur, uitmonden in aanbevelingen aan het bestuur en management van TMZ. Wanneer TMZ deze uitkomsten opneemt in haar beleid, kan er kwaliteit aan de algehele zorg binnen deze organisatie worden toegevoegd. Het feit dat er vragen gesteld worden over beleid omtrent het bespreekbaar maken van en ingaan op wensen en behoeften aan intimiteit en seksuele beleving, biedt beleidsmakers een kans om te komen tot verbetering van kwaliteit van de zorg (Tarzia, Fetherstonhaugh & Bauer, 2012)

1.3.1 Subdoel

Wanneer zorgverleners gesteund weten en ondersteund worden in het aangaan van het gesprek met de ouderen rondom het thema intimiteit en seksualiteit, kan er, in

vervolg hierop, op dit punt ook in de wensen en behoeften van de ouderen en zijn naaste worden voorzien. Hierdoor neemt naar verwachting, hun ervaren kwaliteit van goed leven toe.

1.4 Relevantie voor de verpleegkundig specialist

In het kader van deze meesterproef is de relevantie van de verpleegkundig specialist (VS) met betrekking tot dit thema, van belang. In haar beroepsprofiel en competenties zijn aanknopingspunten te vinden die bij kunnen dragen aan de onderbouwing voor het gekozen thema van deze meesterproef.

De VS kan haar kennis en inzicht, meer dan een verpleegkundige op bachelor niveau, inzetten ten behoeve van de directe zorgverlening. Van haar worden daarbij probleemoplossende vermogens verwacht, die ze toe kan passen in nieuwe en onbekende omstandigheden in een bredere context. Ze zal daarbij gemiddeld meer dan collega's op bachelor niveau, rekening houden met de sociaal-maatschappelijke en ethische verantwoordelijkheden. Bovendien zal zij door het acteren in zowel het medisch als het verpleegkundig domein, in staat zijn niet alleen de medici, maar ook de verpleegkundigen en verzorgenden te motiveren tot goed handelen op basis van evidence en ervaring (Dublinreceptoren, 2017).

Vanuit dit surplus zal de algehele focus van de VS in de chronische zorg gericht zijn op het optimaliseren van de kwaliteit van leven en het erbij betrekken van de ouderen en zijn of haar naastbetrokkenen (V&V 2020, 2012).

Bovenstaande geeft aan dat de VS een relevante rol heeft in het ondersteunen van zorgverleners bij het aangaan van gesprekken met ouderen over intimiteit en seksualiteit. Op welke wijze de VS zich gericht in kan zetten in relatie tot het thema van dit onderzoek, wordt in hoofdstuk 7, bij de aanbevelingen voor de praktijk, verder uitgewerkt.

2. State of the art

Deze meesterproef richt zich op de vraag met welke ondersteuning de zorgverlener gebaat is om het gesprek met de ouderen binnen TMZ over intimiteit en seksualiteit aan te gaan.

2.1 Zoekstrategie

Om de opzet en de uiteindelijke resultaten van deze meesterproef te kunnen staven aan onderzoek en resultaten van anderen, is er gezocht naar literatuur waarin dit thema of de hieraan gerelateerde onderwerpen naar voren komen. Hiervoor is in eerste instantie gebruik gemaakt van een systematische zoekstrategie in Pubmed. De gebruikte zoektermen zijn in onderstaande tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 PICO termen

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Elderly	Skills	--	Communication
Older person	Attitudes	--	Talk
Nursing home	Intimacy	--	
	Sexuality		

Veel artikelen vielen af omdat de onderzoeksfocus vooral gericht was op intimiteit en seksualiteit bij mensen met een bepaalde vorm van kanker of met andere, specifieke gezondheidsproblemen, maar niet specifiek in een zorgverleningssituatie voor ouderen bevonden. Daarnaast is gezocht in WorldCat en Science en werd de sneeuwbal methode toegepast door gebruik te maken van het verzamelen van relevante literatuur via experts zoals M. den Ouden en J. Reiner.

2.2 Begripsbepaling

Intimiteit en seksualiteit zijn twee begrippen die meerdere begripsdefinities kennen. Voor deze meesterproef wordt gebruik gemaakt van de volgende definities.

2.2.1 Intimiteit

Intimiteit is een vorm van vertrouwelijkheid tussen minimaal 2 personen waarbij de uiting van deze vertrouwelijkheid ontvangen en/of gedeeld wordt in de lichamelijke, emotionele, spirituele en/of functionele sfeer (naar: Bos (2011), van Dale (2015) en den Ouden (2016)).

2.2.2 Seksualiteit

Seksualiteit is het bredere domein van emoties, verlangens, gedragingen die verder reiken dan de louter paradigmatische seksuele handelingen en emoties (Encyclo, 2017). Ze wordt beïnvloed door de interactie tussen biologische, sociale, psychologische, ethische en economische factoren (naar: WHO, 2010).

2.3 Literatuuriëntatie

De gebruikte literatuur is onderverdeeld in een drietal thema's die relevant zijn voor de vraagstelling. Het gaat hierbij om het belang van intimiteit en seksualiteit bij ouderen en de factoren die van invloed zijn op het spreken over intimiteit en seksualiteit bij de zorgverleners. En als laatste wordt literatuur belicht waarbij richtlijnen en adviezen een belangrijke rol spelen.

2.3.1 Belang van intimiteit en seksualiteit bij ouderen

Uit onderzoek blijkt dat in het algemeen de seksuele waarde, evenals de eigenwaarde, een belangrijk aspect in het leven van de mens is (Roelofs, Luijkx & Embregts, 2015). Wanneer de mens op dit gebied aan zijn trekken komt, kan hem dat ook gezonder maken (Choi, Jang, Lee & Kim, 2011). Waar het gaat om gedrag rondom intimiteit en seksualiteit, pleit een ander onderzoek voor een visie die uitingen van intimiteit en seksualiteit niet als probleemgedrag wil benaderen. Vanuit antropologisch standpunt wordt in dit onderzoek gesteld dat de mens op zichzelf niet kan bestaan. Een mens wordt de mens wie hij is, naar aanleiding van vorming via opvoeding en levenservaring. Ook het besef van zijn lichamelijkeheid en de relatie met anderen en met de wereld spelen in zijn ontwikkeling een rol. Er wordt gesteld dat, wanneer bijvoorbeeld de lichamelijkeheid en/of het zijn-in-de-wereld verandert, de mens op zoek moet naar nieuwe verhoudingen met zijn omgeving, om zichzelf weer te hervinden; ook waar het gaat om intimiteit en seksualiteit. Zorgverleners hebben de taak om de mens aan wie zij zorg bieden, hierbij te helpen. Wanneer een mens, dus ook de oudere mens, zich (opnieuw) kan verhouden met zijn veranderende lichaam en een mogelijk ziekteproces, zal dit een positief effect hebben op de kwaliteit van zijn relatie met de ander. De oudere zal meer geluk kunnen ervaren en de kans op het ontstaan van depressieve gevoelens wordt verkleind (Mahieu, Anckaert & Gastmans, 2014).

In de volgende onderzoeken wordt aangesloten bij die verandering van het ervaren van en de mogelijkheden tot intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Ook hier wordt aangegeven dat affectie, de seksuele sfeer en het verlangen naar fysiek contact, van invloed zijn op het beleven van intimiteit en seksualiteit (Mahieu & Gastmans, 2015). Bij het ouder worden kunnen deze factoren aan verandering onderhevig zijn. In het verpleeghuis komen deze veelal samen en versterken zij elkaar. Hierdoor kan het beleven van intimiteit en seksualiteit belemmerd worden (Reiner, 2015). Als voorbeelden zijn genoemd het gebruik van medicatie, afname van beweeglijkheid (het lichaam wordt stijver en strammer), verlies van partner of het ontstaan van een depressie (De Vocht, 2014). Ook worden ziekte, een negatief zelfbeeld en gebrek aan privacy genoemd als veel voorkomende factoren die een belemmering vormen bij het beleven van intimiteit en seksualiteit (Reiner, 2015). Anderen benoemen dat het verlangen niet zo zeer verdwijnt of minder wordt, maar de behoefte eraan en de

beleving ervan vraagt om een andere wijze van vervullen dan toen de ouderen nog jong waren (Umidi, Pini, Ferretti, Vergani & Annoni, 2007).

Ondanks dat het kunnen beleven van intimiteit en seksualiteit voor de oudere belangrijk is, is het ook voor hen niet vanzelfsprekend om over dit onderwerp te spreken. De terughoudendheid bij de partner en de kinderen is veelal een belemmerende factor voor de oudere zelf, om open te zijn over behoeften aan en het daadwerkelijk kunnen beleven van intimiteit en seksualiteit (Rheaume & Mitty, 2008). Deze houding van de omgeving en familie komt in de volgende paragraaf terug. Ze kan namelijk ook de zorgverlener belemmeren het gesprek over intimiteit en seksualiteit met de oudere aan te gaan.

2.3.2 Factoren van invloed op zorgverleners op het aangaan van een gesprek

Juiste en voldoende kennis heeft een belangrijke, positieve invloed op de houding en verdraagzaamheid van zorgverleners ten opzichte van intimiteit en seksualiteit bij ouderen (Mahieu, Elssen & Gastmans, 2011 en Haesler, Bauer & Fetherstonhaugh, 2016).

Deze eerste factor van invloed sluit aan bij de uitkomsten van het in paragraaf 1.1 genoemde onderzoek binnen TMZ. Daarin wordt aangegeven dat ongeveer 50% van de onderzochte personen vindt dat zij onvoldoende kennis hebben omtrent intimiteit en seksualiteit bij ouderen. Tegelijkertijd komt uit dit onderzoek, dat zorgverleners een zekere gespreksverlegenheid ervaren en graag meer willen weten over dit onderwerp. In de opmerkingen die bij het onderzoek werden gevoegd, wordt de link tussen gebrek aan kennis en vaardigheden enerzijds en de gespreksverlegenheid anderzijds gelegd (den Ouden, 2016).

Een ander onderzoek laat zien dat zorgverleners moeten leren, de kennis die ze hebben te benutten en uit hun comfortzone te komen bij het voeren van deze gesprekken met ouderen (Saunamäki & Engström, 2013). Deze onderzoekers geven aan dat het belangrijk is dat zorgverleners hierin begeleid worden en zich gesteund weten op hun werkplek. Zij moeten een zekere routine op kunnen bouwen in het aangaan van deze gesprekken.

Dit ondersteunt de gedachte dat kennis op zichzelf geen doorslaggevende factor is om het gesprek aan te gaan, maar dat ervaring en oefening bevorderend werkt om de kennis ook te kunnen benutten in een gesprek.

Een tweede factor van invloed op het wel of niet aangaan van het gesprek, zijn de ervaringen van de zorgverlener zelf. In twee onderzoeken blijkt dat meer levenservaring, de drempel om het gesprek te voeren kan verlagen; gebrek aan deze ervaring wordt desondanks niet direct als reden genoemd. Tijdgebrek en het zich niet prettig voelen bij het bespreken van het thema worden dan als reden aangedragen om het gesprek niet te hoeven voeren (Saunamäki, Andersson &

Engström, 2010). Daarnaast wordt in dezelfde situatie gerapporteerd dat zorgverleners het té privé vinden om het onderwerp te bespreken en er daardoor geen adequate pogingen tot het voeren van zo'n gesprek worden gedaan (Arikan, Meydanlioglu, Ozcan & Canli Ozer (2015). Beide onderzoeken voegen hieraan toe dat meer openheid rondom het thema de zorgverleners kan helpen om het gesprek wel aan te gaan.

Anderen sluiten hierbij aan en vinden dat meer aandacht voor de invloed van de beleving van verpleegkundigen en verzorgenden zelf, bijdraagt aan het kunnen voeren van een gesprek met de oudere over de behoefte aan het beleven van intimiteit en seksualiteit (Haesler, Bauer & Fertherstonhaugh, 2016).

Vosman (2011) stelt dat enige mate van zelfreflectie met betrekking tot dit thema, een essentieel onderdeel is in het onderkennen van het belang van intimiteit en seksualiteit als waarde in het leven. Wanneer de zorgverlener zelf in de spiegel kijkt, zal zij vanuit haar eigen beleving beseffen dat intimiteit en seksualiteit, ook essentiële waarden voor de ander zijn.

Ten derde, is het belangrijk dat een instelling beleid maakt op de rol van intimiteit en seksualiteit in het verlenen van kwalitatief goede zorg. De zorgverlener kan zich dan gesteund weten door de organisatie, wanneer zij in een gesprek met de oudere en partner of mantelzorger, op zoek gaat naar mogelijkheden (Tarzia et al., 2012). Een andere onderzoeker bevestigt dit door aan te geven dat de beleidsmakers van een organisatie, voldoende ondersteuning moeten bieden, om de aandacht voor en het gesprek over intimiteit en seksualiteit mogelijk te maken (Reiner, 2015). Hoe die ondersteuning er concreet uit ziet, blijft nog onderbelicht.

Tot slot wordt ook houding van de familie van de oudere genoemd als een factor van invloed op de houding van de zorgverleners ten opzichte van dit thema. Wanneer de familie zelf een open houding heeft ten aanzien van de behoefte aan het beleven van intimiteit en seksualiteit van hun ouder(s) of partner, is dit bevorderend voor de zorgverlener om het gesprek te voeren (Rheaume & Mitty, 2008).

In de behandelde literatuur wordt vooral gesproken over zorgsituaties met óf somatische óf psychogeriatrische (PG) ouderen. Er zijn geen artikelen gevonden die handelen over het verschil in de moeite met het aangaan van het gesprek met een zorgvrager op een somatische afdeling of een op PG afdeling.

2.3.3 Richtlijnen en adviezen

Drie onderzoeken wijzen op het feit dat richtlijnen zijn bedoeld om het belang van klinische, ethische en legale aspecten in het opstellen van beleid omtrent mogelijkheden van beleven van intimiteit en seksualiteit in een organisatie, te

borgen (Breen, Carlson, Clements, Everett & Young, 2009, Everett, Young, Carlson & Clements, 2010 en Health, 2011). Op welke wijze deze richtlijnen bijdragen aan concrete handvatten voor de zorgverleners zelf, blijft in hun studies onduidelijk. Een ander onderzoek pleit voor het aanstellen van een team met professionals die getraind zijn in het signaleren van de behoefte aan een gesprek over intimiteit en seksualiteit bij ouderen (De Vocht, Hordern, Notter & van der Wiel, 2011). Er wordt gesteld dat niet iedere zorgverlener de juiste kennis en attitude in huis kan hebben om de gesprekken, met betrekking tot intimiteit en seksualiteit met de oudere, te voeren. Daarom pleiten zij ervoor om een specifiek getrainde professional in te zetten bij het gesprek met de oudere omtrent dit thema, maar ook om de alertheid in de teams met betrekking tot dit onderwerp, te vergroten.

Tot slot is aangegeven dat meer kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners met intimiteit en seksualiteit bij ouderen, gewenst is. Hierin zou dan meer onderzocht moeten worden, wat de invloed van die ervaringen is op de mogelijkheden die de ouderen geboden worden om intimiteit en seksualiteit te beleven (Mahieu, Elssen & Gastmans, 2011).

2.4 Samenvatting

Bovenstaand theoretisch kader geeft goed aan dat het nog niet vanzelfsprekend is dat de cliënt in het verpleeghuis zich, met zijn behoefte en wensen wat betreft het beleven van intimiteit en seksualiteit, ook gezien en gehoord voelt. De literatuuriëntatie laat zien dat er meerdere factoren een rol spelen of de gesprekken over dit thema tussen zorgverlener en ouderen plaatsvinden. Naast kennis worden ervaring en routine in het aangaan van het gesprek, maar ook de steun en begeleiding op de werkplek door management en bestuur als bevorderende factoren genoemd.

Tegelijkertijd geven meerdere onderzoekers aan dat aandacht voor intimiteit en seksualiteit bij ouderen essentieel is wanneer het gaat om kwalitatief goede zorg.

2.5 Vraagstelling

In de literatuur is veel bekend over mogelijke belemmeringen bij zorgverleners rond het aangaan van gesprekken en wordt het belang van de aanwezigheid van richtlijnen genoemd. Hoe deze uitkomsten vervolgens leiden tot concrete verbetering van de gespreksverlegenheid van de zorgverleners, komt in deze literatuur onvoldoende naar voren.

Dit leidt tot de volgende vraagstelling:

Wat zijn de ervaringen en behoeften van zorgverleners van TMZ bij het wel of niet aangaan van gesprekken met ouderen over intimiteit en seksualiteit en op welke wijze kunnen deze zorgverleners ondersteund worden bij de aandacht voor de ruimte voor de beleving van intimiteit en seksualiteit en het voeren van gesprekken over dit thema?

Deelvraag:

Ervaren zorgverleners een verschil in de wijze waarop ze intimiteit en seksualiteit bespreken, wanneer het gaat om bewoners op een psychogeriatrische of op een somatische afdeling?

In deze meesterproef is de onderzoeker op zoek gegaan, naar hoe de zorgverleners van TMZ beter toegerust kunnen worden bij het aangaan van het gesprek met ouderen over hun beleving van en hun behoefte aan intimiteit en seksualiteit. De ervaringen van de zorgverleners met dit thema tot nu toe, zullen de basis vormen waarmee in dit onderzoeksverslag toegewerkt wordt naar conclusies en aanbevelingen voor TMZ. Op deze wijze dragen de zorgverleners zelf bij aan de ontwikkelingen die kunnen leiden tot kwalitatief goede zorg.

3. Onderzoeksmethode

3.1 Onderzoekdesign

Het gaat in deze meesterproef om een kwalitatief onderzoek aan de hand van een gefundeerde theoriebenadering (Big Q). De onderzoeker is op zoek gegaan naar de ervaringen van de zorgverleners van TMZ in één bepaalde situatie en omstandigheid: het gesprek met ouderen in een zorgsetting over hun beleving van en behoefte aan intimiteit en seksualiteit. Er werd geen vergelijking gemaakt tussen de verschillende ervaringen van de deelnemers aan de focusgroepen, maar de ervaringen werden beschreven en steeds weer opnieuw beschouwd met eerder verkregen informatie. Deze benadering bleek passend om kennis te vergaren over de vraag hoe de deelnemers aan het onderzoek, omgingen met het gezondheidsthema intimiteit en seksualiteit bij ouderen en op basis hiervan een theorie te vormen. Na iedere focusgroep vond er een tussentijdse analyse en peerreview plaats (constant comparison). Hierdoor kon er in de volgende focusgroep nog dieper op eerder genoemde thema's worden ingegaan.

3.2 Populatie

De onderzoekspopulatie werd geselecteerd aan de hand van een maximaal gevarieerde, doelgerichte steekproef uit 57 zorgverleners, allen medewerker of vrijwilliger bij TMZ, die de eerder gehouden enquête, hadden ingevuld. Zij hadden aangegeven mee te willen werken aan verdieping rond dit onderwerp. De variatie van de deelnemers aan deze meesterproef, bestond uit verschillende leeftijdscategorieën, genoten opleiding, wel of niet gelovig en ervaring met zowel psychogeriatrische als ook somatische bewoners. Daarnaast is bij het samenstellen van de focusgroepen rekening gehouden met een balans in het aantal mannen en vrouwen.

Op basis van de ervaringen van de onderzoeker, werden in de lijst van 57 personen, zorgverleners van de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) gemist. De cliënten van een GRZ afdeling vormen een aparte doelgroep binnen TMZ. In overleg met de meesterproefbegeleider werd gebruik gemaakt van medewerkers die zich vanuit deze afdeling bij de onderzoeker alsnog als geïnteresseerden hadden gemeld. De groepen van managers/leidinggevenden, opleidingsfunctionarissen en artsen zijn voor deze meesterproef bij de selectie uit de 57 personen geëxcludeerd. De deelname van deze groep zou mogelijk belemmerend kunnen zijn wanneer zorgverleners zich in een afhankelijkheidspositie voelen. Het zou een negatief effect kunnen hebben op hun openheid. De in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in onderstaande tabel 4. In een vervolgonderzoek kan alsnog gebruik gemaakt worden van de geëxcludeerde groep.

Tabel 4. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Deelname aan onderzoek voorjaar 2016 en aangegeven mee te willen werken aan een verdiepend onderzoek	Leidinggevenden
Geïnteresseerde medewerkers die zich in de periode na de vragenlijst melden of hebben gemeld bij de onderzoeker	Opleidingsfunctionarissen
	Bestuurders en managers
	Artsen

3.3 Focusgroep

De data werden verzameld door het afnemen van interviews in drie focusgroepen. Door gebruik te maken van focusgroepen werd er niet alleen efficiënter gewerkt dan bij individuele interviews, maar ontstonden er in de groepen onderlinge dialogen die ervoor zorgden dat er maximale data konden worden verzameld. Iedere deelnemer aan de focusgroep kon zo zijn eigen beleving en visie inbrengen om vervolgens in de focusgroep uitgedaagd te worden, om op zijn eigen inbreng te reflecteren aan de hand van de inbreng van de anderen. Volgens Polit & Beck (2014) is het van belang om de volgende criteria voor een focusgroep te hanteren: een duidelijk omschreven doel, een zorgvuldig samengestelde respondentengroep en een goed getrainde interviewer.

De focusgroepen bestonden uit minimaal vier en maximaal acht deelnemers. In deze studie vervulde de onderzoeker zelf de rol van interviewer. Zij had ervaring met het stellen van doelgerichte, open vragen in groepen, vanuit eerdere werksituaties. Naast de interviewer was begeleider uit de praktijk of de meesterproefbegeleider bij de focusgroepen aanwezig om de neutraliteit te bewaken en bias te voorkomen. De interviews werden opgenomen op audiotape; deze werden later getranscribeerd. Zowel de audiotape als ook de transcripten zijn in het bezit van de onderzoeker en de meesterproefbegeleider.

De focusgroepen vonden plaats op verschillende locaties van de organisatie, zijnde de werkplekken van de deelnemers.

De volgende topics stonden tijdens de focusgroepen centraal: de ervaringen van de deelnemers met betrekking tot het voeren van gesprekken over intimiteit en seksualiteit, de mogelijk bevorderende en/of belemmerende factoren, de behoeften aan ondersteuning en de mogelijke verschillen tussen het bespreken van het thema met cliënten uit verschillende doelgroepen.

3.4 Data-analyse

De getranscribeerde, ruwe tekst werd met behulp van het dataverwerkingsprogramma ATLAS.ti gecodeerd. Deze codering leidde aan de hand van analyse en peerreview tot subthema's en hoofdthema's. Dit was (deels) een intuïtief, maar vooral een dynamisch proces waarbij ook op de onderlinge samenhang tussen de thema's werd ingezoomd.

Na de analyse naar aanleiding van de derde focusgroep, bleek er, voor zover van belang voor dit onderzoek, sprake van datasaturatie.

3.6 Ethische aspecten

Voor het totale onderzoek, inclusief deze meesterproef, werd een beoordeling door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METc) Twente gevraagd. Deze commissie heeft aangegeven dat het betreffende onderzoek niet viel onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek mensen (WMO-plichtig).

Ook werd instemming gevraagd aan de Commissie Ethiek van TMZ, die deze instemming met het gehele onderzoek ook heeft verleend.

Deze Commissie Ethiek is bij de start van deze meesterproef, geïnformeerd over het feit dat een deel van bovengenoemd onderzoek uitgevoerd zou worden door een medewerker van TMZ ten behoeve van de Master Advanced Nursing Practice (MANP). Aan hen werd het onderzoeksplan ter informatie voorgelegd.

Aan de deelnemers aan de interviews werd informed consent gevraagd. De anonimiteit van de deelnemers werd gewaarborgd door hen niet herkenbaar te verwerken in de transcripten. In het verslag van de meesterproef zijn aliassen gebruikt.

De onderzoeker is zelf werkzaam in de instelling en een directe collega van slechts vier geselecteerde deelnemers. De onderzoeker heeft met hen besproken of dit belemmerend zou zijn bij het inbrengen van data, waarop zij aangaven dat dit voor hen in het geheel niet het geval was. Zij gaven aan dat hen dit juist stimulerende.

4. Resultaten

Van de beschikbare zorgverleners uit de eerder gehouden enquête (57), werden er 22 benaderd. Zes werden er geëxcludeerd: arts (n=1), opleidingsfunctionaris (n=1) en leidinggevenden (n=4). De overige 29 zorgverleners uit de lijst, zijn niet benaderd omdat er maximale variatie was bereikt.

Alle benaderde zorgverleners hebben positief gereageerd op de vraag om mee te doen aan de focusgroepen. Niet iedereen was in de gelegenheid om aanwezig te zijn op de geplande data van de groepen. Redenen waren een begrafenis (n=1), schooldag (n= 5) en kapotte verwarming (n=1). Het aantal van de deelnemers die hadden toegezegd (15) werd aangevuld met de drie zorgverleners die zichzelf bij de onderzoeker gemeld als in het onderzoek geïnteresseerden.

Uiteindelijk hebben er drie focusgroepen plaatsgevonden met in totaal 18 deelnemers. In tabel 5 worden de deelnemers geanonimiseerd weergegeven.

Tabel 5. Deelnemers focusgroepen

Fictieve naam	Geslacht	Leeftijd	Functie	Doelgroep	Gelovig
Focusgroep 1					
Trudy	Vrouw	24	Verzorgende niveau 3	Som/NAH	Nee
Chantal	Vrouw	37	Verpleegkundige niveau 5	Som	Ja
Jenny	Vrouw	45	Activiteitenbegeleider	Som/PG	Nee
Freddy	Man	66	Vrijwilliger	Som/PG	Nee
Linda	Vrouw	24	Verpleegkundige niveau 5	Som/PG	Nee
Willem	Man	26	Verpleegkundige niveau 4	Som/PG	Nee
Eddy	Man	43	Verpleegkundig specialist	Som/PG	Nee
Netty	Vrouw	44	Verpleegkundige niveau 4	GRZ	Nee
Focusgroep 2					
Pim	Man	52	Activiteitenbegeleider	Som/PG	Nee
Jennie	Vrouw	55	Verpleegkundige niveau 4	PG	Ja
Edwin	Man	43	Verpleegkundige niveau 4	PG	Ja
Rick	Man		Verpleegkundige niveau 5	PG	Nee
Lenny	Vrouw	23	Verzorgende niveau 3	PG	Nee
Mandy	Vrouw	56	Verzorgende niveau 3	GRZ	Ja
Focusgroep 3					
Simon	Man	22	Verpleegkundige niveau 4	Som/PG	Ja
Janneke	Vrouw	39	Verpleegkundige niveau 4	Som/PG	Ja
Annet	Vrouw	24	Verpleegkundige niveau 5	GRZ	Nee
Cindy	Vrouw	40	Activiteitenbegeleider	Som	nee

Na de data-analyse werd gekomen tot een vijftal hoofdthema's. Deze thema's worden weergegeven aan de hand van begrippen, die de essentie vormen van wat de deelnemers hebben willen zeggen. Het gaat om: 'Vel aan vel', 'Intimiteit en Seksualiteit in beeld', 'Iedereen is anders', Teamspirit en 'Aan de slag'. In de onderstaande tabel 5 worden deze met bijbehorende subthema's weergegeven.

Tabel 5. Hoofdthema's en subthema's

Hoofdthema's	Subthema's
Ervaringen	
<u>Vel-aan-vel</u> <i>Nabij-zijn</i>	Oog voor jou
	Al jaren samen
	Antenne voor intimiteit en seksualiteit
<u>Intimiteit en seksualiteit in beeld</u> <i>Zichtbaarheid van het thema</i>	
<u>Iedereen is anders</u> <i>Vershil in doelgroepen</i>	
Behoeften	
<u>Teamspirit</u> <i>Belang van samenwerking en gezamenlijke waarden</i>	Waarden en normen
	Samen doen
	Advocaat van de oudere
<u>Aan de slag</u> <i>Praktische handvatten en ondersteuning management en bestuur</i>	Beren op de weg
	Bed erbij
	Hoe dan?

Hieronder volgt de uitwerking van de hoofdthema's. In dit hoofdstuk zal het thema intimiteit en seksualiteit in de tekst afgekort worden met I&S.

Vel aan vel

De deelnemers gaven allen aan dat intimiteit een belangrijke behoefte is bij ouderen. Ook wanneer deze oudere minder dan voorheen in staat is, zich te kunnen uiten op het gebied van intimiteit of om seksueel actief te zijn.

“Het gaat eigenlijk vaak heel erg alleen maar om het intiem, lekker knus tegen elkaar aan liggen. Vel aan vel, maar dat is Twents, geloof ik” (Jennie).

Begrippen als nabijheid, aandacht, vertrouwen en het hebben van een band werden in verschillende bewoordingen bij alle deelnemers herkend als voorwaarde voor het kunnen bespreken van de beleving van en de behoefte aan I&S.

“Het ligt er ook aan hoe je band is met de cliënt en met de mantelzorger, vind ik. Maar die band moet je zelf ook opbouwen.” (Pim)

Het waren uitingen van een vorm van vel-aan-vel, waar in de onderstaande subthema's verder op ingezoomd wordt. Het ging daarbij om de verhoudingen tussen de oudere en de zorgverlener, de band tussen de oudere en zijn partner en/of kinderen én de band die de zorgverlener zelf heeft met I&S.

Oog voor jou

Deelnemers gaven meerdere malen aan dat er sprake moet zijn van onderling vertrouwen, van een gevoel van veiligheid, tussen de oudere en de zorgverlener. In de focusgroepen werd aangegeven dat de moeite met het aangaan van een gesprek met de oudere over I&S, vooral komt door onzekerheid over het vertrouwen tussen hen en de oudere. Ze geven aan dat het ontstaan van dat vertrouwen afhankelijk is van de klik tussen de oudere en de zorgverlener. Dit hoeft niet altijd de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV-er) te zijn. Het kan evengoed een hotelmedewerker of een vrijwilliger zijn.

“Je kunt er wel een beetje omheen lopen dat je het een beetje ter sprake brengt en dan vraag je misschien een paar dagen daarna weer wat en dan, zo kom je uiteindelijk wel tot een gesprek. En het is ook een stukje vertrouwen.” (Simon). “Ja, ze moeten zich gewoon veilig voelen in hun eigen omgeving.” (Janneke)

Om nabij te kunnen zijn, is het nodig de oudere goed te leren kennen. Hiervoor is de zorgverlener, zowel bij de oudere op de PG als op de somatische afdeling, vaak afhankelijk van de informatie van familie.

“Pas bij een uitvaart leer je de oudere soms beter kennen. Daar krijg ik dingen te horen waarvan je dan denkt: Dit hadden we al jaren eerder moeten weten.” (Rick).

Op het moment dat het vertrouwen er is, kan de oudere dat op verrassende wijze uiten.

“Vaak is er dat contact dat mensen je hand pakken of dat ze beginnen te huilen, opdat je er niet bij weg loopt.” (Cindy)

Wanneer het gaat om het bespreken van I&S is het voor de oudere niet altijd gemakkelijk om met zijn partner of met de kinderen over zijn of haar behoefte hieraan te spreken. Het uiten van I&S gaat dan soms makkelijker via de zorgverlener dan via de meer 'eigen' personen.

Al jaren samen

De vertrouwelijkheid tussen partners is een veelal bestaande vertrouwelijkheid, in tegenstelling tot de vertrouwelijkheid zoals hiervoor genoemd tussen de oudere en de zorgverleners. Partners en kinderen kennen elkaar als regel al jaren. Het komt regelmatig voor dat een partner van een echtpaar opgenomen wordt in het verpleeghuis en de ander thuis blijft wonen. De deelnemers aan de focusgroepen beseffen dat dit grote impact op beide partners heeft. Een echtgenote die met deelnemer Rick in gesprek was, verwoordde het als volgt:

“Goh, nou ja, ik breng hem nou hier, maar er verandert voor mij óók wat!”

De deelnemers geven aan dat de partners ook aandacht nodig hebben bij de veranderende relatie met hun man of vrouw. De impact van het gescheiden worden van een echtpaar door een opname, kan bij de opgenomen oudere onrust brengen. Daarentegen kan de áánwezigheid van een van-ouds-vertrouwde persoon weer rust en evenwicht brengen.

“Misschien is die vrouw wel onrustig omdat ze haar man mist.” (Eddy)

“Ik durf te wedden als je daar de partners naast laat slapen, als die er nog zijn, dat het merendeel lekker slaapt.”(Jennie)

Wel wordt aangegeven dat zorgverleners het ook ingewikkeld vinden wanneer de partner of soms ook een kleinkind blijft slapen, omdat hij of zij dit vooraf aan de opname ook geregeld deed.

“We hebben er nog weer één bij, denk ik zo.”(Mandy)

De verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor de partner of het kleinkind wordt dan wel eens als belastend ervaren.

Antenne voor I&S

Hiervoor werd al genoemd dat niet iedere behoefte aan I&S duidelijk uitgesproken wordt of kan worden. Dit betekent dat een zorgverlener een bepaalde gevoeligheid, een antenne, moet hebben om signalen te verstaan en het gesprek hierover aan te gaan. Of de zorgverlener zo'n antenne heeft, is mede afhankelijk van haar ervaringen en de eigen waarden en normen ten aanzien van I&S. De eigen opvoeding speelt hierin uiteraard een rol.

“Dat ligt ook wel aan hoe jij zelf als mens in intimiteit en seksualiteit staat. Ben jij daar open in, dan zal het denk ik minder een probleem zijn dan wanneer je daar meer gesloten in bent.”(Annet).

Dat het helpt wanneer de zorgverleners op weggeholpen worden om het gesprek met elkaar en met de ouderen en zijn of haar partner te voeren, wordt duidelijk in onderstaande thema.

Intimiteit en seksualiteit in beeld

“Dat merkte ik wel toen ik ook op het symposium [‘Het blijft iets moois’] was. Toen was er heel veel aandacht voor en er was ook heel veel openheid, en de enquête stond op MijnTMZ en men maakte elkaar er attent op. Dat maakte dat het ging leven, er werd over gesproken en dan zit je met z'n 4-en bij elkaar. Dus dan is het iets vertrouwder, dan kun je er iets beter over praten.” (Willem)

Blijkbaar is het zichtbaar zijn van het thema van belang om mensen over een drempel heen te helpen en behoeften en ervaringen, al dan niet met humor, uit te spreken.

Daarnaast wordt I&S zichtbaar op het moment dat de oudere zijn behoefte aan intimiteit of seksualiteit non-verbaal in gedrag uit. Het zoeken van veelvuldig lichamelijk contact met anderen is daar een voorbeeld van. Ook dan wordt het bespreken van het thema noodzakelijk. Deze uiting biedt dan tegelijk ook een gespreksmogelijkheid.

De deelnemers gaven duidelijk aan dat de mogelijkheden tot het voeren van een gesprek verschillen van persoon tot persoon. Hierover meer in het volgende thema.

Iedereen is anders

Gedurende de interviews kwam het thema in relatie tot verschillende doelgroepen naar voren. Er werd aangegeven dat het verschil tussen PG en somatische bewoners zich vooral richt op de wijze waarop de behoefte aan I&S naar voren komt: non-verbaal in plaats van verbaal en dat het communiceren meer te maken heeft met voelen dan met praten.

“Je communiceert met PG, met mensen met dementie, of Alzheimer, toch op een andere manier, meer op gevoelsniveau of zo.”(Eddy)

Op een somatische afdeling vervaagt het verschil tussen PG en somatische problematiek. Wanneer het gaat om een revalidant, werd aangegeven dat de beleving en behoefte aan I&S meestal niet besproken wordt. Op deze afdeling ligt de

nadruk vooral op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). In hoeverre een oudere zich na bijvoorbeeld een beroerte op het gebied van seksualiteit kan redden, wordt niet of nauwelijks bij stil gestaan.

“Ja, de hoofdzaak is revalideren en de rest [seksualiteit], en dat klinkt heel stom, is maar bijzaak.”(Annet)

Wat betreft de oudere met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) is er vaker sprake van ongeremd gedrag. Dan moeten er door de zorgverleners grenzen gesteld worden en met familie over mogelijkheden om I&S te beleven worden gesproken.

“En als mensen volledig zelfstandig de regie kunnen voeren, dan vind ik nog wel verschil tussen PG en somatiek en dan in dit geval NAH. NAH is ook gewoon een hersenbeschadiging en ze kunnen niet meer zo handelen en denken zoals wij.”(Cindy).

Een thema dat hier goed op aansluit is het belang van goede samenwerking, hieronder verwoord als teamspirit.

Teamspirit

Om I&S met de oudere te kunnen bespreken en hem mogelijkheden tot het beleven ervan te bieden, wordt het belangrijk gevonden om als team goed samen te werken en gemeenschappelijke waarden te ontwikkelen. Een team is de groep zorgverleners van een afdeling die de zorg heeft voor zo'n acht tot tien ouderen.

Advocaat van de cliënt

Meerdere deelnemers gaven aan dat de zorgverlener op moet komen voor de belangen en behoeften van de oudere.

“Je bent in principe ook advocaat van je bewoner” (Edwin).

Voor deze deelnemers betekende het dat het bespreken van het thema I&S hierbij hoort. Dit onderdeel van het leven hoort ook in een zorgplan thuis. Advocaat zijn van een oudere, betekent verantwoordelijkheid dragen voor zijn welzijn. De deelnemers ervaren dat niet iedere collega wat betreft I&S goed met die verantwoordelijkheid uit de voeten kan. De diversiteit in een team, is van invloed op de manier waarop mogelijkheden tot het beleven van I&S wel of niet gerealiseerd kunnen worden.

Samen doen

De deelnemers gaven aan dat de verantwoordelijkheid van 'advocaat' juist in teamverband gevoeld en gedragen moet worden. Door met elkaar het thema I&S te bespreken, komt men tot afspraken.

"Ik denk dat je er als team helemaal en voor 100% achter moet gaan staan. En dat je het toelaat door met elkaar in gesprek te gaan"(Annet)

Men benadrukt hierbij dat het niet bij een eenmalig bespreken moet blijven.

"Herhalen en nog eens herhalen. Totdat je ziet, dat het ook wel normaal is, dat je ziet dat het erbij hoort, als zorgverlener."(Jennie)

Als voorbeeld worden de afspraken over het wel of niet kunnen blijven slapen genoemd.

"Je moet er eerst achter staan voor dat je zoiets uit gaat proberen, als je dat benoemen wilt"(Chantal). *"Maar als je er niet met je hele team achter kan staan en je hebt collega's die doen het wel, dan werkt dat natuurlijk niet."*(Annet)

Wanneer er onderling niet goed afgestemd wordt, voorzien de deelnemers situaties waarbij er in het ene team veel meer mogelijk is dan in het andere team omdat men daar terughoudender is op dit punt. De deelnemers pleiten voor enige eenduidigheid hierover binnen de organisatie.

Waarden en normen

De deelnemers geven aan dat een team gezamenlijke waarden moet ontwikkelen die de individuele waarden en normen moeten overstijgen.

"Het kan niet zo zijn dat een heel team heel veel problemen heeft met over seks praten en dat vervolgens de cliënt daar de dupe van wordt"(Cindy).

Dat het spreken over gemeenschappelijke waarden en normen ook bijdraagt aan de eigen bewustwording, wordt in onderstaand citaat goed weergegeven.

"Dan kun je je ook bewust zijn van wat jouw eigen waarden en normen zijn en waar je eigen grens ligt." (Cindy)

Er wordt aangegeven dat het kan zijn dat niet ieder teamlid even gemakkelijk het thema kan bespreken met de oudere. Wel mag er verwacht worden dat de behoefte

gesignaleerd wordt en in het team wordt ingebracht zodat het thema wel met de oudere wordt besproken.

Onderstaand thema werd hierbij als een belangrijke vorm van ondersteuning genoemd.

Aan de slag

Aandacht voor I&S is niet iets wat je éénmalig doet en verder niet hoeft te onderhouden. Het gaat om een voortdurend proces van leren van en met elkaar. Hierdoor wordt er in gezamenlijkheid gewerkt aan beleid en verbetering van kwaliteit van goede zorg. In het kader van deze meesterproef worden onderstaande subthema's belicht vanuit dat continu-proces.

Bed erbij

Meerdere deelnemers waren op zoek naar mogelijkheden om partners te laten slapen op de kamer van de oudere. Ook is vaker gezocht naar een mogelijkheid om beiden in één bed te laten slapen. Er zijn diverse creatieve ideeën genoemd waar zorgverleners mee aan de slag zijn gegaan. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat dit ook veel tijd vraagt. De roep om een aantal standaard voorzieningen zoals de beschikbaarheid van een extra bed, een tweepersoons hoog-laagbed en éénpersoonskamers is groot. De deelnemers zouden graag zien dat er vanuit een technische dienst meegedacht kan worden in de zoektocht naar oplossingen.

“Want als we iets nodig hebben, dan moeten we eerst kijken op een andere locatie, b.v. een hoog-laagbed. Het is vaak heel moeilijk om zoiets te krijgen. En dan wordt eerst gezegd: kijk elders en dan is het er niet en dan moet je, dan loop je soms vast.” (Jennie)

Beren op de weg

Naast de bereidheid om te zoeken naar oplossingen, zijn er veel punten genoemd waarbij zorgverleners beren op de weg ervaren. Voorbeelden hiervan zijn: Ik weet niet wat wel en niet mag. Voor de partner is er geen indicatie, in hoeverre kan ik hem of haar wel aandacht geven? I&S is toch echt iets privé?!

De deelnemers gaven aan dat zij zich op deze punten onzeker voelen en niet altijd weten waar ze terecht kunnen met hun vragen en herkennen dit bij veel van hun collega's. Deze punten worden gebruikt als uitvlucht en worden in de praktijk aangedragen om het gesprek niet aan te hoeven of te kunnen gaan.

“Je krijgt er wel meer duidelijkheid over, maar het is wel heel lastig om met collega's want, ja, collega's zien toch wel heel vaak beren op de weg.” (Trudy).

Hoe dan?

Veel deelnemers gaven aan dat ze behoefte hadden aan voorbeeldzinnen en oefenmogelijkheden.

“Ik kan mij voorstellen dat jij denkt: Wie ben ik dan om te vragen van, goh, lukt het allemaal of moeten we nog...”(Cindy) “Ja, daarom he, hoe vraag je het ook hè, dat is wel lastig. Wat voor vraag gebruik je dan.”(Simon).

Het zou hen helpen om zich het spreken met de oudere over I&S meer eigen te maken.

Waar het gaat om de vraag wanneer het onderwerp ter sprake gebracht kan worden, werd aangegeven dat het belangrijk is al bij de intake of tijdens het opnamegesprek te benoemen dat er binnen TMZ aandacht geschonken wordt aan de mogelijkheden tot het beleven van I&S. Dit kan de drempel tot het aangaan van een gesprek over de behoeften en wensen wat betreft dit onderwerp, verlagen. Ook wordt een familieavond genoemd als een moment om de mogelijkheid dit punt te bespreken.

5. Discussie

5.1 Terugblik

Alle deelnemers vonden het belangrijk dat het thema intimiteit en seksualiteit bij ouderen op de agenda stond. Ze waren zeer gemotiveerd om hun ervaringen met elkaar en met de onderzoeker te delen. Dat de onderzoeker voor een deel van hen een directe collega was en het feit dat de interviews op de werkplek plaatsvonden, vormden voor hen geen belemmering. De focusgroepen bestonden uit zorgvuldig geselecteerde respondenten, hadden een duidelijk doel (het verzamelen van ervaringen en behoeften omtrent een inhoudelijk thema) en de discussieleider had voldoende ervaring in het leiden van discussies in groepen. Hiermee voldeden de drie groepen aan de criteria voor een focusgroep. Na afloop van de derde focusgroep werd vastgesteld dat de informatie die in deze groep naar voren kwam, geen nieuwe informatie opleverde ten opzicht van de eerder verkregen data; er was voor deze meesterproef datasaturatie bereikt.

De onderzoeker ervaarde tijdens de interviews vooral enthousiasme, openheid en respect naar elkaar. Het was opvallend dat er in het spreken met elkaar over het thema intimiteit en seksualiteit, geen sprake was van een taboe op dit onderwerp. Deze integere houding van de deelnemers heeft zeker bijgedragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar de ervaringen en behoeften van de zorgverleners van TMZ bij het spreken met de ouderen over intimiteit en seksualiteit.

De resultaten van deze meesterproef samenvattend, zijn, naast de genoemde nabijheid, ook de volgende punten ondersteunend aan de respondenten bij het aangaan van de gesprekken met de ouderen.

- De aandacht voor het thema in de vorm van b.v. posters of andere publicaties
- Er wordt van het management en het bestuur verwacht dat zij deze aandacht ondersteunen.
- Aandacht voor zorgverleners die moeite hebben met het spreken over intimiteit en seksualiteit.
- Het spreken over intimiteit en seksualiteit in teamverband zodat er een gemeenschappelijk besef van verantwoordelijkheid ontstaat, hetgeen bijdraagt aan een goede teamspirit.
- Het thema is gebaat bij de kracht van herhaling.
- Er mag geen sprake zijn van vrijblijvendheid; er moet aandacht zijn voor intimiteit en seksualiteit.
- Er is behoefte aan de mogelijkheid om een gesprek over het thema te oefenen en 'deskundigen' te raadplegen.

- De mogelijkheid van het faciliteren van een 2-persoonsbed en de medewerking van de technische dienst.

Wanneer genoemde punten geen aandacht krijgen, worden ze al snel als 'beren op de weg', als redenen om het gesprek niet aan te gaan, aangedragen.

5.2 Relatie met 'state of the art'

In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt tussen de ervaringen van de deelnemers en de behoeften die in de focusgroepen werden aangereikt.

5.2.1 Ervaringen van de deelnemers

Waar het gaat om de ervaringen van zorgverleners met het aangaan van het gesprek met de oudere, biedt de voorgaande literatuur voldoende herkenning.

Zowel in het huidige onderzoek als ook in voorgaand onderzoek wordt benadrukt dat het kunnen beleven van intimiteit en seksualiteit, ook op oudere leeftijd, de kwaliteit van goed leven vergroot (Choi, Jang, Lee & Kim, 2011 en Roelofs, Luijkx en Embregts, 2015). Anderen voegen hieraan toe dat het verlangen met het ouder worden niet verdwijnt, maar wel om een andere invulling vraagt (Umidi, Pini, Feretti, Vegani & Annoni, 2007). Deze uitkomsten werden door de deelnemers aan het huidige onderzoek herkend, evenals de genoemde veranderingen die het kunnen beleven van seksualiteit beïnvloeden (de Vocht, 2014). In één van de onderzoeken wordt gesteld dat het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverleners behoort dat zij ouderen begeleiden, wanneer deze zich opnieuw moet leren verhouden met fysieke en psychosociale veranderingen (Mahieu, Anckaert & Gastmans, 2014). Ook hier sluiten de deelnemers in het huidige onderzoek zich bij aan.

Zij benoemden vertrouwen en nabijheid als een vormen van intimiteit tussen hen en de oudere als voorwaarde voor de aandacht voor intimiteit en seksualiteit. Dit sluit goed aan bij de uitkomst van een nieuw onderzoek. Hierin wordt gesteld dat de zorgverlener een bekwame metgezel, een 'skilled companion', zou moeten zijn. Deze metgezel is iemand die vanuit een relationeel en een rationeel-intuïtief domein de belangen van de oudere behartigt (Harps-Timmerman, van der Cingel, Jukema & Groen-van der Ven, 2009). Deze benadering kan behulpzaam zijn bij het opbouwen van de persoonlijke band, die door de deelnemers als voorwaardelijk werd genoemd.

De ervaringen van de deelnemers sluiten ook aan bij het belang van zelfreflectie en de oproep aan verzorgenden om naar zichzelf te durven kijken, waar het gaat om de behoefte aan intimiteit en seksualiteit (Vosman, 2011 en Haesler, Bauer & Fertherstonhaugh, 2016). Zij legden hierbij de verbinding met het belang, om in teamverband open te zijn over elkaars waarden en normen in de zoektocht naar gemeenschappelijke teamwaarden. Vervolgens bevestigden de deelnemers de rol van de familie en naastbetrokkenen als een factor van invloed (Rheame & Mitty, 2008).

Naast de herkenning zijn er twee onderzoeken waarvan de uitkomsten niet of nauwelijks aansluiten bij de ervaringen van de deelnemers aan de focusgroepen. Deze worden hieronder genoemd.

In één van de onderzoeken wordt benadrukt dat aandacht voor en kennis over de wensen tot en het beleven van intimiteit en seksualiteit bij de ouderen, essentieel is (Saunamäki & Engström, 2013). Evenzo wordt in een ander onderzoek de factor tijd en het ontbreken ervan aangehaald als reden om het gesprek met de ouderen niet aan te gaan (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Beide factoren worden wel door de deelnemers in de focusgroepen genoemd, maar het ontbreken van kennis en het gebrek aan tijd, ervaren zij niet als belemmerend.

5.2.2 Behoeften aan ondersteuning

Waar het gaat om de behoefte aan ondersteuning van zorgverleners zijn er twee onderzoeken die aansluiten. Het gaat om de conclusie dat het beleid van de instelling van invloed is op de aandacht voor het bespreken van het intimiteit en seksualiteit (Tarzia et al., 2012). Dat geldt ook voor de resultaten uit het onderzoek waarin het belang van de aanwezigheid van een team van 'deskundigen' werd genoemd (De Vocht, Hordern, Notter & van der Wiel, 2011).

Het huidige onderzoek geeft echter ook nieuwe inzichten. De behoeften die hierin aan de orde komen, zijn: meer aandacht voor het thema in de vorm van bijvoorbeeld posters of andere publicaties en de mogelijkheid tot het ontwikkelen van teamwaarden en de aanwezigheid van oefenmogelijkheden. Evenzo worden de behoefte aan continuïteit van de aandacht voor het thema en de mogelijkheid van bijvoorbeeld het faciliteren van een tweepersoonsbed in het huidige onderzoek genoemd.

Deze resultaten bieden dan ook goede handvatten om wél te komen tot concrete ondersteuning aan de zorgverleners van TMZ. Deze worden in hoofdstuk 7 uitgewerkt tot concrete aanbevelingen aan het management en bestuur. Ze kunnen bijdragen aan verbetering van de aandacht voor intimiteit en seksualiteit in het algemeen en het aangaan van het gesprek met de oudere zelf in het bijzonder.

5.3 Beperkingen

Hoewel de deelnemers naar de mening van de onderzoeker, een relevante groep zorgverleners van TMZ vertegenwoordigden, zijn er een aantal beperkingen die de aandacht vragen. Er worden een drietal genoemd.

1. Bij TMZ werken meerdere bij het thema betrokken zorgverleners. Voor deze meesterproef is gebruik gemaakt van een deel uit een eerder geselecteerde

groep zorgverleners. De onderzoeker vraagt zich af of dit nieuwe inzichten zouden hebben opgeleverd.

2. De zorgverleners van TMZ die niet open staan ten aanzien van de aandacht voor en het bespreken van intimiteit en seksualiteit, zijn bij dit onderzoek niet in beeld gekomen. Hieruit kan niet de conclusie getrokken worden dat die er niet zijn. Zij hadden mogelijk een andere wending aan de resultaten gegeven, indien zij wel betrokken waren.
3. Om de openheid van de zorgverleners te waarborgen is er voor gekozen om leidinggevenden en artsen te excluderen voor dit onderzoek. De resultaten van deze meesterproef bieden aanknopingspunten om juist ook hen te betrekken bij het verder onderzoek naar hun ondersteunende rol bij het wel of niet aangaan van een gesprek over intimiteit en seksualiteit bij TMZ.

6 Conclusie

Intimiteit en seksualiteit worden erkend als ook voor ouderen, belangrijke aspecten in de ervaren kwaliteit van leven.

De kern van de resultaten is dat het ontstaan van een vorm van intimiteit tussen de zorgverlener en de oudere, voorwaarde is bij het bespreken van de beleving van en behoefte aan intimiteit en seksualiteit. Het wordt gezien als verantwoordelijkheid van eenieder die bij hun zorg en welzijn betrokken is. Deze vorm van intimiteit onderscheidt zich weliswaar van de intimiteit tussen de oudere en zijn of haar partner, maar heeft wel alles te maken met nabijheid en vertrouwen. Kennis lijkt hieraan ondergeschikt te zijn.

Er is meer nodig om een gesprek met de oudere en zijn of haar partner aan te gaan over de beleving van en de behoefte aan intimiteit en seksualiteit. Intimiteit met de oudere in de vorm van nabijheid en het ontstaan van vertrouwen, is volgens de respondenten een belangrijke voorwaarde. Er zijn meerdere factoren benoemd, die bij kunnen dragen aan het verbeteren van de mogelijkheden tot en het spreken over intimiteit en seksualiteit. Het gaat hierbij onder andere om de zichtbaarheid van het thema, het ontwikkelen van gezamenlijke waarden in het team en de ondersteuning vanuit management en bestuur. De onderzoeker heeft deze factoren verwerkt tot praktische handvatten en kansen voor verbetering. Hiermee kan worden bereikt dat er meer kwaliteit aan het leven van ouderen wordt toegevoegd.

Door aan te sluiten bij de oudere en zijn of haar partner/mantelzorger, is het verschil in doelgroepen voor de deelnemers minder relevant. De oudere revalidant vormt hierbij een uitzondering. Tijdens hun verblijf ligt de nadruk vooral op de ADL en de HDL. Intimiteit en seksualiteit vallen hier in de regel niet onder.

6.1 Kritische kanttekening

Naast de hiervoor genoemde aanbevelingen, is er zeker ook een kanttekening te plaatsen bij het bespreken van intimiteit en seksualiteit met de oudere door de zorgverlener zelf.

In de focusgroepen is dit niet expliciet aan de orde gekomen. De deelnemers voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van de ouderen voor wat betreft het thema intimiteit en seksualiteit. Zij zijn bereid hierover het gesprek aan te gaan.

De vraag die zich, ook vanuit eerdere werkervaringen van de onderzoeker, vervolgens opdringt is:

Mag van een zorgverlener die ook en soms vooral lichamelijke zorg verleent aan de oudere, verwacht worden dat hij of zij ook met deze oudere over intimiteit en seksualiteit in gesprek gaat?

Komt daarmee de relatie tussen de zorgverlener en de oudere niet op scherp te staan, omdat de grens tussen het spreken over intimiteit en het bieden van lichamelijke zorg, kan vervagen? Hoe is dit voor de zorgverlener? En voor de oudere zelf en voor zijn of haar partner of mantelzorger?

Wat te doen wanneer de aandacht voor het thema negatieve ervaringen bij de zorgverlener of de oudere en zijn of haar partner/mantelzorger naar boven haalt?

Het is een kanttekening die om nader onderzoek vraagt. Zie ook het hierop volgende hoofdstuk 7.

7 Aanbevelingen

Met de volgende aanbevelingen zal de zorgverlener zich gesteund weten bij het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit met de oudere en bij het creëren van mogelijkheden tot het beleven ervan.

- (H)erkennen van een vorm van intimiteit tussen de zorgverlener en de oudere; een vorm van functionele intimiteit.
 - o Dit kan goed aansluiten bij de al bestaande ontwikkelingen binnen TMZ in het kader van 'Mentaal welbevinden'.
- Het creëren van een gevoel van urgentie bij zorgverleners om een bekwame metgezel, een 'skilled companion', van de oudere zijn.
 - o Het ontwikkelen van een leerlijn 'skilled companionship' binnen TMZ eventueel in samenwerking met Saxion of het Regionaal OpleidingsCentrum (ROC).
- Het organiseren van urgentie om het gesprek over waarden en normen rondom intimiteit en seksualiteit, in teamverband te voeren. Dit zal bijdragen aan het ontwikkelen van door het team gedragen gemeenschappelijke waarden en normen.
 - o Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de huidige, facultatieve workshops, door een vergelijkbare vorm in teamverband aan te bieden.
- Het ontwikkelen van mogelijkheden om het gesprek met de oudere over intimiteit en seksualiteit te oefenen.
 - o De samenwerking met Saxion benutten om de ontwikkeling van innovaties op dit terrein verder uit te bouwen.
- Het bieden van praktische faciliteiten zoals 2-persoonsbedden, aanhaakbedden en vooral het meedenken in oplossingen door een technische dienst.
 - o Ervaring en ideeën op doen bij andere organisaties waar gezocht is naar praktische oplossingen.
- Het faciliteren van een expertteam welke de zorgverleners op weg kan helpen bij het bespreken van het thema op afdelingsniveau of op individueel niveau.
 - o Hiervoor kan aangesloten worden bij de al bestaande werkgroep 'Intimiteit en seksualiteit' binnen TMZ.

Zoals bij aanvang van dit onderzoek al gesteld werd, heeft TMZ het thema 'Intimiteit & Seksualiteit' binnen haar zorginstelling hoog in het vaandel. Zij werkt aan de ontwikkeling van 'Teams voor persoonlijke zorg' en doet mee met de landelijke ontwikkelingen wat betreft het stimuleringsprogramma in de ouderenzorg 'Waardigheid en trots'. De ontwikkellijnen 'Mentaal welbevinden' en 'Liefdevolle zorg' maken hier onderdeel van uit. De uitkomsten van deze meesterproef sluiten goed aan bij deze ontwikkelingen.

Het management en bestuur van TMZ wordt gevraagd om de hiervoor genoemde aanbevelingen kritisch te beschouwen en ze, al dan niet gefaseerd, mee te nemen in het beleid van TMZ in het algemeen en waar het gaat om het stimuleringsprogramma 'Waardigheid en trots' in het bijzonder. Door het thema intimiteit en seksualiteit in te bedden in haar praktisch beleid, kan zij de kwaliteit van goede zorg een positieve stimulans geven en zal zij zowel binnen als buiten de organisatie hierin best practice kunnen zijn.

7.1 Verder onderzoek

Het onderzoek naar de ervaringen en behoeften van de oudere en zijn of haar partner/mantelzorger zelf, is op dit moment nog in volle gang. Daarnaast zijn er nog een aantal factoren onderbelicht en nader onderzoek vragen. Ze werden in deze meesterproef al eerder genoemd:

- Wat is de rol van de leidinggevenden of van de artsen bij het vergroten van de aandacht voor intimiteit en seksualiteit?
- Wat betekent de toename van de aandacht voor het thema voor zorgverleners en ouderen die juist moeite hebben met het bespreken van het onderwerp omdat het mogelijk negatieve ervaringen oproept?
- Is het ethisch verantwoord om van de zorgverlener die de oudere lichamelijke zorg biedt, te verwachten dat zij ook het gesprek met deze oudere aangaat over zijn of haar beleving van en behoefte aan intimiteit en seksualiteit?

7.2 Rol van de verpleegkundig specialist

In hoofdstuk 1 werd de relevantie van dit onderzoek voor de functie van VS belicht. Hierin is aangegeven vanuit welke competenties zij een meerwaarde heeft in de ontwikkeling en uitvoering van dit relatief nieuwe domein als onderdeel van kwalitatief goede zorg. Daarnaast is zij, vanuit dit surplus ook in staat om een zinvolle bijdrage te leveren aan de interactie tussen de beleidsontwikkeling in de organisatie en de uitvoering van het beleid in de praktijk. Zij zal dit kunnen

faciliteren vanuit haar brugfunctie tussen het medische en het verpleegkundig domein in relatie tot de zoektocht naar steeds betere kwaliteit van goede zorg. Gelet op de aanbevelingen van deze meesterproef, zal de VS op meerdere onderdelen de zorgverleners kunnen ondersteunen en bij kunnen dragen aan het vergroten van de vertrouwdheid van de zorgverleners met het spreken over intimiteit en seksualiteit met elkaar en met de ouderen.

- De VS kan haar competenties en vaardigheden toepassen door te signaleren en te verbinden en zo de aandacht voor intimiteit en seksualiteit binnen de gehele organisatie te agenderen.
- De VS heeft een voorbeeldfunctie waar het gaat om de 'skilled companion' van de oudere
- De VS kan bijdragen aan de ontwikkeling van de competenties van zorgverleners in het algemeen en het voeren van gesprekken over intimiteit en seksualiteit in het bijzonder.
- De VS kan het gesprek over de ontwikkeling van het beleid met betrekking tot het thema met de managers en bestuurders voeren vanuit het oogpunt van verbeteren van kwaliteit van goede zorg en het adequaat toerusten van haar zorgverleners.

De onderzoeker heeft beoogd de ervaringen van zorgverleners aan het licht te brengen en deze met hen te vertalen naar behoeften tot verbetering. Deze werkwijze sluit goed aan bij de competenties en vaardigheden van de VS. TMZ heeft regionaal, maar ook landelijk een voortrekkersrol als het gaat om de aandacht voor intimiteit en seksualiteit bij ouderen die in haar instelling zorg ontvangen. Als functionaris van TMZ zal de VS de uitkomsten van deze meesterproef kunnen delen met andere organisaties. Daarmee kan de organisatie die voortrekkersrol verder uitbouwen. Zo heeft de onderzoeker bijgedragen aan de verkenning van Vilans op het thema van deze meesterproef (Nap, Lukkien & Suijkerbuik, 2016).

Als laatste kan worden genoemd dat de VS zich, door haar brede inzetbaarheid en betrokkenheid op het bieden van zorg én behandeling aan ouderen, in de kern van de organisatie begeeft. Zij is daardoor in staat om de overdraagbaarheid van de werkwijze en de uitkomsten van deze meesterproef te vertalen naar het bespreken van andere thema's en mogelijke taboeonderwerpen in de zorg. Voorbeelden hiervan zijn het niet meer naar het eigen huis kunnen gaan na een periode van revalidatie en het naderende levenseinde wat voor een cliënt in zicht komt of door de cliënt wordt gewenst.

Literatuurlijst

- Arikan F., Meydanlioglu A., Ozcan K., Canli Ozer Z. (2015). Attitudes and Beliefs of Nurses Regarding Discussion of Sexual Concerns of Patients During Hospitalization. *Sex Disabil*, 33, 327–337, doi:10.1007/s11195-014-9361-9
- Bergkamp V.: Doorbreek taboe rond seks in verzorgingshuizen(2016), opgevraagd op 12 juni 2016 bij www.nos.nl
- Bos M. (2011). Zorg verstoort intieme relaties. *Zin in Zorg*, 13(4), 6–7
- Breen S., Carlson M., Clements G., Everett B., Young J. (2009). *Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities: Guidelines for Supporting Adults Living in Long-Term Care Facilities and Group Homes in British Columbia, Canada*, Vancouver: Coastal Health Authority
- Choi A.B., Jang S.H., Lee M.Y., Kim K.H. (2011). Sexual life and self-esteem in married elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, e17–e20
- Dublin receptoren, opgevraagd op 26 april 2017 bij www.leren.saxion.nl
- Everett B., Young J., Carlson M., Clements G.(2010). New British Columbia Guidelines for Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities. *Healthcare Management Forum*, 23(1), 21–24
- Haesler F., Bauer M., Fertherstonhaugh D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the knowledge and attitude of health professionals, *Nurse Education Today*, 40,57–71
- Harps-Timmerman A., van der Cingel, M., Jukema, J.S. & Groen-van der Ven, L., 2009. Skilled Companionship. *Tijdschrift voor Verpleegkunde*, 2009 nr 3
- Health H. (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. *Royal College of Nursing*, 2–17
- Mahieu L., Anckaert L., Gastmans C. (2014). Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 17, 377–387, doi:10-1007/s11019-014-9545-1
- Mahieu L, de Casterlé BD, Van Elssen K, Gastmans C. (2013) Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(11):2584–2596.

- Mahieu L., Elssen van K., Gastmans C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1140–1154, doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013
- Mahieu L. & Gastmans C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1891–1905.
- Nap H.H., Lukkien D. & Suijkerbuijk S., 2016. *Verkenning Intimiteit & Seksualiteit in de Ouderenzorg*. Vilans, Utrecht.
- Ouden den, M.E.M., (2016), Intimiteit en seksualiteit bij ouderen, onderzoek bij TriviumMeulenbeltZorg.
- Polit D.F. & Beck C. T.(2014). *Essentials of Nursing Research* (8^e editie). Hong Kong: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Encyclo, opgevraagd op 22 maart 2017 bij www.encyclo.nl
- Reiner J. (2015). *Sexualität im Pflegeheim?* New York: Springer
- Rheume C., Mitty E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342–349, doi:10.1016/j.gerinurse.2008.08.004
- Rijn van M.: Seks en intimiteit horen erbij en taboe moet eraf(2016), opgevraagd op 12 juni 2016 bij www.nos.nl
- Roelofs T.S.M., Luijkx K.G. & Embregts P.J.C.M. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 367–384, doi:10.1017/S1041610214002373
- Rutgers WPF, Saxion, Unie KBO, Actiz, NZCO, Viatence (2016). *Manifest: Intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk verbonden*.
- Saunamäki N., Andersson M., Engström M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308–1316, doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Saunamäki N., Engström M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 531–540, doi:10.1111/jocn.12155
- Tarzia L., Fetherstonhaugh D., Bauer M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38, 609–613, doi:10.1136/medethics-2011-100453

- TriviumMeulenbeltZorg. Samen voor persoonlijke zorg (2016) opgevraagd op 19 juni 2016 bij www.triviummeulenbeltzorg.nl
- Umidi S., Pini M., Ferretti M., Vergani C., Annoni G.(2007). Affectivity and Sexuality in the elderly often neglected aspects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 413–417
- Vlasblom M., Pullen K., Fokkinga M. (2015). Het blijft iets moois!, Adviesnota TMZ
- Vocht H. (2014). Thema 5: Seksualiteit en intimiteit op latere leeftijd. *Ouderen en welzijn van nu*, 273–292, Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Vocht de H., Hordern A., Notter J., Wiel van der H.(2011). Stepped Skills: A team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer en palliative care. *Australasian Medical Journal*, 4(11), 610–619
- Vosman F. (2011). Seks in de zorg – kijken in de spiegel. *Zin in Zorg*, 13(4), 8–9
- V&V 2020 (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: V&V 2020, World Health Organization, opgevraagd op 23 september 2016 bij www.who.int

