

DE PREVALENTIE VAN
SEKSUEEL
GRENSOVERSCHRIJDEND
GEDRAG ONDER OUDEREN IN
VLAAMSE
WOONZORGCENTRA

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

Anjo van der Ploeg

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

“Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina zijn vermeld.”

INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

DE PREVALENTIE VAN SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG ONDER OUDEREN IN VLAAMSE WOONZORGCENTRA

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

Anjo van der Ploeg

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

januari 2017

Seksualiteit van (geïstitutionaliseerde) ouderen is een lange periode vrijwel volledig genegeerd geweest als wetenschappelijk onderzoeksveld. Ouderen zijn echter wel degelijk seksueel actief en vertonen dus ook seksueel gedrag. Naast normaal seksueel gedrag vertonen ouderen ook seksueel grensoverschrijdend gedrag. Over de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra is nog veel onbekend. Dit onderzoek zal deze prevalentie proberen te achterhalen. ‘Wat gebeurt er precies?’, ‘hoe vaak gebeurt het?’ en ‘wie doen het?’ zijn vragen waar een antwoord naar wordt gezocht. Dit wordt gedaan middels een online vragenlijst onderzoek.

Daarnaast wordt het wetenschappelijke kader uitgelicht waarin dit onderzoek geplaatst kan worden. De thema's die hierin behandeld worden zijn: Seksuele behoeften en welzijn van geïstitutionaliseerde ouderen, dementie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en kennis en attitudes van zorgverleners met betrekking tot seksualiteit van ouderen. Uit dit theoretische kader blijkt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag van geïstitutionaliseerde ouderen een probleem lijkt te zijn waarover veel onduidelijk is. Trainingen lijken wenselijk om de attitudes en kennis van zorgverleners op peil te houden. Daarnaast lijken protocollen nodig om houvast te bieden aan zorgverleners om adequaat te reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Uit het prevalentieonderzoek blijkt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag onder Vlaamse geïstitutionaliseerde ouderen zowel structureel als incidenteel voorkomt. Meer dan 95% van de deelnemende zorgverleners geeft aan ooit te maken te hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag van de ouderen die zij verzorgen. Het gedrag dat gerapporteerd wordt loopt van seksueel onwenselijke opmerkingen tot excessen als pogingen tot verkrachting. De plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn voornamelijk mannen. Meer dan een derde van de zorgverleners geeft aan zich niet gekwetst te voelen door het seksueel grensoverschrijdende gedrag waar zij op stuiten. Voornamelijk vrouwelijke zorgverleners geven aan structureel te maken te hebben met seksuele ongewenste opmerkingen en betastingen.

Ook al scoren de deelnemers hoger dan eerder in onderzoek werd gevonden, wat betreft de kennis en attitudes van zorgverleners jegens de seksualiteit van ouderen lijkt er nog steeds ruimte voor verbetering onder de deelnemende zorgverleners. Zorgverleners geven zelf aan niet over genoeg kennis te beschikken en open te staan voor cursussen en trainingen omtrent de seksualiteit van (geïstitutionaliseerde ouderen). Slechts een derde van de deelnemende zorgverleners rapporteert op de hoogte te zijn van aanwezige protocollen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen hun instantie.

Vanwege de heterogeniteit van het seksuele gedrag van geïstitutionaliseerde ouderen lijkt een individualistische benadering wenselijk. Het vormt voor zorgverleners een grote uitdaging om zowel het recht van ouderen op seksualiteitsbeleving als het recht op bescherming tegen seksueel onwenselijk gedrag te handhaven. Beperkingen van het onderzoek worden uitgelicht, suggesties voor vervolgonderzoek worden gegeven.

Anjo van der Ploeg, The Prevalence of Inappropriate Sexual Behavior of Elderly Institutionalized in Flemish Carehomes.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Seksuologie, January 2017.

Promotor: prof. dr. Enzlin

The sexuality of institutionalized elderly has long been ignored as a scientific research subject. Nevertheless, elderly are sexually active and thus show sexual behaviour. Next to normal sexual behaviours, elderly also show inappropriate sexual behaviour. Very little is known about the prevalence of inappropriate sexual behaviour in Flemish nursing homes. This research will try to uncover this prevalence. Questions of which the answers will be tried to be found are: 'What happens exactly?', 'How many often does it happen?' and 'Who does it?'. This will be done via an online questionnaire.

Also, the scientific context in which this research takes place will be presented in a literature review. Theme's that will be reflected upon are: Sexual wishes and needs of institutionalized elderly, dementia and inappropriate sexual behaviour and knowledge and attitudes of nursing staff considering the sexuality of elderly people. This literature review illustrates that inappropriate sexual behaviour of institutionalized elderly is a problem of which very little is known. Educational programmes seem necessary for promoting the knowledge and attitudes of nursing staff. Also policies regarding inappropriate sexual behaviour seem necessary to provide nursing staff the guidance and confidence to response adequately to inappropriate sexual behaviour.

The current research indicates that inappropriate sexual behaviour of institutionalized Flemish elderly occurs both incidentally as structurally. Over 95% of participating caregivers reports to have stumbled upon inappropriate sexual behaviour of the elderly they take care of. The reported behaviour reaches from sexually inappropriate remarks to excesses like rape attempts. Males perform most of the inappropriate sexual behaviour. More than a third of caregivers report not to feel offended or hurt by the inappropriate sexual behaviour they encounter. Mostly female caregivers report to be structurally confronted with inappropriate sexual remarks and touches.

Even though the caregivers from the current research score higher than populations of caregivers did in earlier research, there seems to be room for improvement considering the knowledge and attitudes of caring staff regarding the sexuality of elderly. The caregivers report not having enough knowledge and are open to educational programmes considering the sexuality of (institutionalized) elderly. Only a third of the participating caregivers reports being aware of guiding protocols regarding inappropriate sexual behaviour in their institution.

Due to the heterogeneity of inappropriate sexual behaviour of (institutionalized) elderly an individualistic approach seems is preferable. For nursing staff it is a big challenge to protect the right of elderly to express themselves sexually as to prevent inappropriate sexual behaviour. Methodological weaknesses of the current research are discussed. Suggestions for further research are offered.

Dankwoord

Het schrijven van deze scriptie was een lange tocht waar ik me met veel aandacht en energie doorheen gestoeid heb. Voor het schrijven van deze scriptie wil ik ten eerste mijn laptop bedanken. Mijn laptop was er altijd voor me en heeft bijzonder bijgedragen aan het schrijven van mijn scriptie en het verwerken van de resultaten op SPSS.

Daarnaast wil ik mijn begeleider, Dr. Prof. Paul Enzlin, hartelijk bedanken voor het brainstormen, zijn expertise en suggesties. Ook Miek Scheepers en Steven de Weirdt, van ADITI VZW, wil ik graag bedanken voor het meedenken bij het opzetten van het onderzoek, hun enthousiasme en de mogelijkheid om hun netwerk te gebruiken om de deelnemers te kunnen bereiken. Voor het eerdere onderzoek waar ik met mijn scriptie op voort kon bouwen en voor het gebruik van andermans vertalingen van bestaande vragenlijsten wil ik graag Lieslot Mahieu, Ellen Laan en Liesbeth Both hartelijk bedanken.

En verder wil ik graag mijn zus, Stijn Hamels, Louis Wauters, Niels Jacobus en Steven Vanherck bedanken voor de steun en toeverlaat. Doordat zij mij regelmatig vroegen of mijn scriptie al af was bleef de druk hoog genoeg om hem af te ronden. Merci daarvoor! Mijn moeder wil ik daarnaast nog speciaal bedanken voor het controleren van mijn spelling. En ook Boris Stapel mag niet ongenoemd blijven. Hem bedank ik graag voor het meedenken en beantwoorden van vragen over statistiek en SPSS bij het verwerken van mijn resultaten.

En ten slotte wil ik graag de Universiteit van Amsterdam bedanken. Bij deze universiteit heb ik mijn vooropleiding afgerond. Maar ook heb ik tijdens het schrijven van deze scriptie stiekem gebruik gemaakt van hun studiezalen in Amsterdam. Aldaar heb ik de rust gevonden om deze scriptie af te ronden en daar ben ik de UvA dan ook zeer dankbaar voor.

Inhoudsopgave

0. Inleiding	1
1. Literatuurstudie	3
1.1 <i>Seksuele behoeften en welzijn van geïnstitutionaliseerde ouderen</i>	3
1.2 <i>Dementie en seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	8
1.3 <i>Kennis & attitudes van zorgverleners met betrekking tot seksualiteit van ouderen</i>	16
1.4 <i>Conclusie</i>	19
2. Methoden	21
2.1 <i>Doel onderzoek</i>	21
2.2 <i>Materialen</i>	21
2.3 <i>Deelnemers</i>	22
3. Resultaten	24
3.1 <i>Deelnemers</i>	24
3.2 <i>Betrouwbaarheid</i>	24
3.3 <i>Normaalverdeeldheid</i>	26
3.4 <i>Prevalentievragenlijst: ooit</i>	26
3.5 <i>Prevalentievragenlijst: Afgelopen drie maanden</i>	30
3.6 <i>Gesloten vragen met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	33
3.7 <i>Open vragen met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	38
3.8 <i>Somscores prevalentievragenlijsten</i>	38
3.9 <i>Scores op de SOS en de ASKAS</i>	38
3.10 <i>Exploratieve bevindingen</i>	39
3.10.1 <i>Geslacht</i>	40
3.10.2 <i>Leeftijd en werkervaring</i>	41
3.10.3 <i>ASKAS kennisgedeelte & SOS</i>	42
3.11 <i>Co-valideren ASKAS attitude gedeelte en SOS</i>	42
4. Conclusies & discussie	44
4.1 <i>Conclusie</i>	44
4.2 <i>Exploratief</i>	46
4.3 <i>Co-valideren ASKAS attitude vragenlijst en SOS</i>	47
4.4 <i>Discussie en suggestie vervolgonderzoek</i>	47
5. Literatuurlijst	50
6. Bijlagen	54
<i>Bijlage 1: Welkomstbericht</i>	54
<i>Bijlage 2: Informed consent formulier</i>	56
<i>Bijlage 3: Demografische gegevens vragen</i>	57
<i>Bijlage 4: Prevalentievragen: ooit</i>	58
<i>Bijlage 5: Prevalentievragen: afgelopen 3 maanden</i>	60
<i>Bijlage 6: Gesloten prevalentievragen</i>	61
<i>Bijlage 7: Open prevalentievragen</i>	64
<i>Bijlage 8: ASKAS</i>	65
<i>Bijlage 9: SOS</i>	71
<i>Bijlage 10: Gemiddelden op 7-puntsschaal bij de ASKAS-Attituden vragen</i>	74

Lijst van tabellen

Tabel 1: Man/vrouw verdeling deelnemers	24
Tabel 2: Leeftijd en aantal jaren werkzaam als zorgverlener	24
Tabel 3: Cronbach's α van de gebruikte vragenlijsten	25
Tabel 4: Toetsen normale verdeling	26
Tabel 5: Prevalentievraag ooit 1	27
Tabel 6: Prevalentievraag ooit 2	27
Tabel 7: Prevalentievraag ooit 3	28
Tabel 8: Prevalentievraag ooit 4	28
Tabel 9: Prevalentievraag ooit 5	28
Tabel 10: Prevalentievraag ooit 6	29
Tabel 11: Prevalentievraag ooit 7	29
Tabel 12: Prevalentievraag ooit 8	29
Tabel 13: Prevalentievraag ooit 9	29
Tabel 14: Prevalentievraag ooit 10	30
Tabel 15: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 1	30
Tabel 16: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 2	31
Tabel 17: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 3	31
Tabel 18: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 4	31
Tabel 19: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 5	32
Tabel 20: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 6	32
Tabel 21: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 7	32
Tabel 22: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 8	32
Tabel 23: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 9	33
Tabel 24: Prevalentievraag Afgelopen 3 maanden 10	33
Tabel 25: Gesloten vragen: Percentagevragen	35
Tabel 26: Gesloten vraag: Indien u te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners, in welke mate heeft dit u gekwetst?	35
Tabel 27: Gesloten vragen: ja/nee	36
Tabel 28: Gesloten vraag: Is er binnen de organisatie waar u werkzaam bent een handelingsprotocol opgezet voor het omgaan met seksueel grensoverschrijdende situaties?	37
Tabel 29: Gesloten vraag: Bij welke instantie(s) wenst u seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen rapporteren?	37
Tabel 30: Minimum, maximum en gemiddelde scores van de SOS en de ASKAS	39

0. Inleiding

Seksualiteit van ouderen is een lange periode vrijwel volledig genegeerd geweest als wetenschappelijk onderzoeksveld. Dat heeft mogelijk te maken met het feit dat binnen de westerse samenleving een visie heerst die stelt dat ouderen asexueel zijn of asexueel behoren te zijn (Weeks, 2002, aangehaald in Mahieu, Van Elssen & Gastmans, 2011). Daardoor is er een taboe ontstaan waardoor ouderen voor wat betreft seksualiteit in de samenleving een zwakke positie hebben. Maar onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat ouderen wel degelijk seksueel actief zijn (Lindau et al., 2007; Mroczek, Kurpas, Gronowska, Kotwas & Karakiewicz, 2013). Dat betekent dat ouderen ook de mogelijkheid verdienen om uiting te kunnen geven aan hun seksuele behoeften. Het taboe dat op ouderen en seksualiteit rust, kan door een gebrek aan adequate kennis in stand worden gehouden. Daarom is het goed om te merken dat er binnen de wetenschap geleidelijk meer aandacht komt voor de seksualiteit van ouderen. Kennis uit dit onderzoeksgebied kan voor ouderen veel betekenen in het rechtzetten van misvattingen die binnen de samenleving heersen. Deze masterproef wil hieraan trachten bij te dragen.

In deze masterproef zal aandacht geschonken worden aan het seksuele gedrag en noden van een extra kwetsbare groep ouderen, namelijk geïnstitutionaliseerde ouderen. Deze groep is niet meer in staat voor zichzelf te zorgen en woont daarom onder begeleiding van zorgverleners. Hierdoor is er vaak sprake van situaties die het nog moeilijker maken om een uiting aan seksualiteit te geven. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van gebrek aan privacy of wanneer er sprake is van dementie bij één of twee personen uit een koppel. Er kunnen ook situaties optreden waarin er sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag door ouderen in zorgvoorzieningen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag is een term die zich lastig laat definiëren. In het verslag van het SEXPERT onderzoek wordt seksueel grensoverschrijdend omschreven als een term die verwijst naar “elke situatie waarin een persoon tegen zijn/haar wil gedwongen wordt tot seksueel gedrag” (Buysse et al., 2013, p. 217). Dit kan dus variëren van seksueel getinte opmerkingen of gebaren tot daadwerkelijke seksuele handelingen. Later in deze masterproef zal er dieper op de term seksueel grensoverschrijdend gedrag worden ingaan en zal worden getracht om deze term treffend te definiëren in de context van geïnstitutionaliseerde ouderen.

De complexiteit van situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen en het bijkomende taboe op seksualiteit van ouderen maken het voor zorgverleners lastig om op een adequate manier met deze situaties om te gaan. Bij zorgverleners brengt blootstelling aan seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen schrok, schaamte en onbegrip teweeg (Hayward, Robinson & Knight, 2012). Er lijkt ook sprake te zijn van een gebrek aan kennis op de werkvloer. Uit onderzoek is gebleken dat er op het vlak van attitudes en kennis

van Vlaamse zorgverleners over het seksuele gedrag van ouderen nog winst valt te behalen (Mahieu et al., 2015). In hetzelfde onderzoek gaven zorgverleners aan wel open te staan voor trainingen rondom de seksualiteit van ouderen (Mahieu et al., 2015). Later zal er dieper ingaan worden op de kennis en attitudes van zorgverleners.

Om zorgverleners meer houvast te geven in het kunnen omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag door ouderen in zorgvoorzieningen, is het opstellen van protocollen binnen woonzorgcentra wenselijk. Maar momenteel is het onduidelijk wat voor situaties van seksueel grensoverschrijdend zich op de werkvloer voordoen en hoe vaak dergelijke situaties voorkomen. Om hier meer over te weten te komen, is er voor deze masterscriptie een prevalentieonderzoek uitgevoerd. Gegevens uit deze masterproef kunnen dan vervolgens wellicht worden gebruikt om protocollen op te baseren.

Alvorens over te gaan tot de beschrijving van het prevalentieonderzoek volgt er eerst een literatuuronderzoek waarin het theoretische kader dat de basis vormt voor dit onderzoek wordt toegelicht. Hierin zullen drie thema's uitgelicht worden: Seksuele behoeftes en welzijn van geïnstitutionaliseerde ouderen, dementie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, en kennis en attitudes van zorgverleners met betrekking tot seksualiteit van ouderen.

1. Literatuurstudie

1.1 Seksuele behoeftes en welzijn van geïnstitutionaliseerde ouderen

Door onderzoek is reeds vastgesteld dat mensen tot op oudere leeftijd seksuele behoeften blijven hebben en dus ook seksueel actief (willen) zijn (Lindau et al., 2007; Mroczek, Kurpas, Gronowska, Kotwas & Karakiewicz, 2013). Het is een misvatting dat ouderen asexueel zijn en geen recht zouden hebben om seksueel actief te zijn om aan hun seksuele behoeften tegemoet te komen. Voor geïnstitutionaliseerde ouderen is het des te lastiger om deze behoeften in praktijk te brengen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat één partner is opgenomen in een woonzorgvoorziening en partners daardoor apart wonen. Het kan ook zijn dat mensen samen wonen in een woonzorgvoorziening maar dat er daar een gebrek aan privacy is. Nadat de seksuele behoeften en welzijn van geïnstitutionaliseerde ouderen een lange periode als onderzoeksonderwerp werden genegeerd, is er binnen de onderzoekswereld tijdens het laatste decennium meer aandacht voor dit thema. In dit hoofdstuk zal daarom een overzicht worden gegeven van het onderzoek naar de seksuele behoeftes en het seksueel welzijn van geïnstitutionaliseerde ouderen van het afgelopen decennium.

Estelle, Sastre & Mullet (2011) onderzochten de aanvaardbaarheid van seksueel contact tussen geïnstitutionaliseerde ouderen volgens de Franse publieke opinie. Aan het onderzoek namen 427 mensen deel. Zij werden op straat aangesproken om een vragenlijst in te vullen over de aanvaardbaarheid van seksueel contact tussen geïnstitutionaliseerde ouderen. Uit de resultaten bleek dat de deelnemers over het algemeen positieve opvattingen hadden jegens seksuele relaties en dat dit los stond van de sociale of concrete omstandigheden waarin dit plaatsvond. Achttien procent van de deelnemers vond echter dat privacy wel een bepalende factor was in de aanvaardbaarheid van seksueel contact. Een kwart vond dat zowel privacy als maritale status van belang waren in de aanvaardbaarheid van seksueel contact tussen geïnstitutionaliseerde ouderen. Maar voor de meerderheid van de deelnemers waren deze factoren niet van belang. Geconcludeerd werd dat het grootste deel van de Franse bevolking het recht op de mogelijkheid om uiting te geven aan seksuele behoefte als een fundamenteel mensenrecht ziet. Volgens deze visie is het de verantwoordelijkheid van de instituties om ruimte te creëren voor hun bewoners om uiting te geven aan hun behoeftes. Estelle et al. (2011) concludeerden dan ook dat instituties zich op dit vlak dienen aan te passen aan hun bewoners, en niet andersom.

De bevindingen van Estelle et al. (2011) lijken kenmerkend te zijn voor een open manier van denken over seksualiteit van deze tijd. Blijkbaar is er van het eerdergenoemde taboe geen sprake meer in Frankrijk. Mogelijk is er in West-Europa sprake van een tendens waarin er meer nagedacht en gesproken mag worden over seksuele behoeften van

minderheden en zwakkere groepen in de samenleving. De reacties van de deelnemers van het onderzoek van Estelle et al. (2011) illustreren ook al een deel van de problemen en uitdagingen waar instituties op stuiten. Hoe kun je privacy bieden aan iemand die 24 uur per dag zorg nodig heeft? Moet je seksueel contact tussen mensen die niet getrouwd zijn toestaan? En wat als er sprake is van cognitieve achteruitgang bij één partner van een koppel? Om misverstanden te voorkomen en zorgverleners zekerheid en duidelijkheid te bieden, zijn er duidelijke protocollen nodig.

Uit een onderzoek in Australië van McAuliffe, Bauer, Fetherstonhaugh en Chenco (2014) bleek dat dergelijke protocollen er vaak niet zijn. Daarnaast werd er gevonden dat er naar de seksuele behoeften van bewoners vaak geen assessment werd uitgevoerd. Het is niet ondenkbaar dat dit in België ook niet standaard gebeurt. Sinds 1 februari 2013 bestaat er in Vlaanderen wel een door Zorgnet Vlaanderen ontwikkeld protocol voor seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de zorg (De Fauw et al., 2013). Echter, dit protocol is vooral toegespitst op seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en zorgverleners, en is dus niet gericht op grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten onderling. Voor seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten is er dus nog geen algemeen protocol in Vlaanderen.

Alvorens men doelgerichte protocollen kan opstellen, dient men eerst te weten wat precies de behoeften zijn van geïstitutionaliseerde ouderen en wat voor grensoverschrijdende situaties er mogelijkwijs kunnen ontstaan. Wat zou je kunnen verwachten dat ouderen doen om zich in hun behoeften te voorzien? Mahieu & Gastmans (2015) hebben een systematisch literatuuronderzoek verricht naar de perspectieven van bewoners op seksualiteit binnen woonzorgcentra voor ouderen. Zij achtten vijftientig publicaties geschikt om in hun literatuuroverzicht op te nemen. Uit hun onderzoek concludeerden de onderzoekers dat de perspectieven van geïstitutionaliseerde ouderen wat betreft hun seksualiteit een weinig onderzocht onderwerp is. Daarnaast concludeerden de onderzoekers dat er nog meer onderzoek nodig is vooraleer er individugerichte zorg kan worden geboden.

Een aanzienlijk deel van de publicaties uit het literatuuronderzoek van Mahieu & Gastmans (2015) is meer dan twintig jaar oud. Hierdoor valt te betwijfelen of de perspectieven uit die publicaties nog steeds van toepassing zijn. Zeker doordat de huidige bewoners van woonzorgcentra de seksuele revolutie uit de jaren zestig op jonge leeftijd hebben meegemaakt, en er hierdoor waarschijnlijk andere opvattingen jegens seksualiteit op na houden dan de generaties voor hen. Daarom worden hieronder alleen enkele recentere onderzoeken uitgelicht. Deze onderzoeken hebben plaatsgevonden op verschillende plekken in de wereld tijdens de afgelopen tien jaar. Bij het lezen dient men dus in acht te nemen dat

het mogelijk is dat situaties en opvattingen niet per definitie identiek zijn aan de huidige situaties en opvattingen in België.

Het volgende onderzoek gaat dieper in op de vraag in wat de psychoseksuele noden en seksuele behoeften van geïnstitutionaliseerde ouderen zijn. Mroczek et al. (2013) onderzochten hoe geïnstitutionaliseerde ouderen zich in hun seksuele behoeftes voorzien om zo inzicht te krijgen in wat deze groep nodig heeft om dit te kunnen doen. Hiervoor namen zij interviews af bij ouderen in een woonzorgcentra in Polen. Uit de resultaten concludeerden ze dat ouderen wel degelijk seksueel actief zijn. De meeste ouderen die aan het onderzoek deelnamen, rapporteerden dat zij regelmatig seksuele spanning ervoeren. De ouderen gaven aan om deze seksuele spanning trachten te verhelpen door middel van intiem contact met hun partner, het bekijken van erotische video's, masturberen, wandelen en proberen de aandacht te verleggen. Opvallend was dat het stigma rondom seksualiteit bij ouderen ook bij hen zelf heerste: 71% rapporteerde seksualiteit van ouderen taboe te vinden. Daarnaast gaf 51% van de deelnemers aan seks niet belangrijk te vinden in het leven. Deelnemers gaven aan vooral nood te hebben aan mentale intimiteit in de vorm van tederheid, gesprekken en wederzijds respect. Fysieke intimiteit was voor de deelnemers minder belangrijk.

De opmerkelijke bevinding dat ouderen in Polen zelf rapporteren seksualiteit van ouderen taboe te vinden, staat haaks op de positieve houding jegens seksualiteit, ongeacht de leeftijd, van de Franse bevolking in het onderzoek van Estelle et al. (2011). Mogelijkerwijs valt dit te verklaren door culturele verschillen tussen Frankrijk en Polen. Ook kan het zijn dat oudere mensen conservatievere opvattingen hebben dan jongere generaties. Het toont nog maar eens des te meer dat opvattingen jegens seksualiteit enorm tussen groepen kunnen verschillen.

Ook al vinden sommige groepen geïnstitutionaliseerde ouderen het zelf taboe, toch hebben ze bepaalde seksuele behoeften. Maar wat voor barrières beletten deze groep ervan om hun seksualiteit te uiten? Welke problemen dienen aangepakt te worden om seksualiteit van ouderen te kunnen waarborgen? De volgende onderzoeken zullen dieper op deze vragen ingaan. Ook zal er gekeken worden naar de situaties van specifieke groepen, zoals bijvoorbeeld geïnstitutionaliseerde ouderen met een non-hetero seksuele voorkeur.

Bauer et al. (2012) onderzochten de perspectieven en barrières met betrekking tot het uiten van hun seksualiteit waar ouderen in Australische woonzorgcentra op stuiten. Aan hun onderzoek namen zestien geïnstitutionaliseerde ouderen deel, waarvan er bij vijf sprake was van cognitieve degeneratie. De ouderen die aan de interviews deelnamen, kwamen van zes verschillende zorgcentra. Uit die interviews bleek dat de ouderen zichzelf nog als seksueel actief beschouwden. De manier waarop dat werd geuit, verschilde per persoon. Daarnaast werden er barrières genoemd waar geïnstitutionaliseerde ouderen bij het uiten

van hun seksualiteit op stuiten. Barrières die werden genoemd, waren: gebrek aan privacy, negatieve attitudes van zorgverleners en een gebrek aan mogelijkheden om nieuwe relaties aan te gaan of bestaande in stand te houden. Deze barrières werden ook genoemd in een onderzoek van Villar, Celdrán, Fabà & Serrat (2014a), maar zij vonden dat ook een gebrek aan communicatie over seksualiteit een barrière vormde. Dit toont des te meer aan dat er sprake is van een taboe op seksualiteit van geïstitutionaliseerde ouderen.

Bij een later onderzoek richtten Villar, Serrat, Celdrán & Fabà (2016) zich op de attitudes van ouderen in Spaanse woonzorgcentra wat betreft specifiek het masturberen in een woonzorgcentrum. Uit de resultaten bleek dat ongeveer de helft van de deelnemende ouderen negatieve attitudes had jegens masturbatie. De rest had neutrale of positieve attitudes. De meeste deelnemers rapporteerden dat zij niet zouden ingrijpen wanneer anderen zouden masturberen en dat zij ook dezelfde houding van het verzorgend personeel verwachten. Maar er waren ook deelnemers die van mening waren dat er ingegrepen dient te worden indien iemand masturbeert. Naast een gebrek aan privacy werd ook groepsdruk als een barrière voor het uiten van seksualiteit genoemd. In acht nemend dat masturbatie wel plaatsvindt in woonzorgcentra, concludeerden de onderzoekers dat trainingen voor personeel en het hebben van adequate protocollen een belangrijk streven is om het recht van ouderen op het uiten van seksualiteit te kunnen waarborgen.

Naast de algemene barrières zijn er ook nog barrières en complicaties die alleen voor specifieke groepen gelden. Een onderzoek gaat in op de beleving van seksualiteit onder vrouwelijke geïstitutionaliseerde ouderen. Palacios-Ceña et al. (2016) onderzochten hoe oudere vrouwen in Spaanse woonzorgcentra seksualiteit beleven. Hiervoor interviewden ze 53 medewerkers en 47 ouderen van verschillende woonzorgcentra. Uit het onderzoek concludeerden de onderzoekers dat ook vrouwen op barrières stuiten bij het uitdrukken van hun seksualiteit. Verder vonden ze dat door sommige vrouwen seks als een plicht werd ervaren dat onderdeel is van het huwelijk.

Ook geïstitutionaliseerde ouderen met een non-hetero seksuele voorkeur stuiten op extra barrières bij het uiten van hun seksualiteit. Zij hebben immers niet alleen last van het stigma omtrent de seksualiteit van ouderen, maar ook van het stigma omtrent non-hetero seksualiteit. Stein, Beckerman & Sherman (2010) toonden met een focus groep studie aan dat holebi-ouderen in zorginstellingen in de Verenigde Staten vrezen om afgewezen of genegeerd te worden door verzorgers, niet geaccepteerd te zullen worden door andere bewoners of 'terug in de kast' te moeten. De deelnemers van het onderzoek noemden *gay friendly* woonzorgcentra en speciale trainingen voor personeel als mogelijke oplossingen voor hun angsten.

Villar, Serrat, Fabà, & Celdrán (2015) onderzochten de attitudes van bewoners van woonzorgcentra in Spanje jegens de seksualiteit van holebi-ouderen in woonzorgcentra.

Voor het onderzoek werden zevenveertig ouderen geïnterviewd. Alhoewel er ook positieve en neutrale attitudes werden gerapporteerd, was de meerderheid van de reacties negatief. De onderzoekers concludeerden dat homofobe attitudes sterk aanwezig waren onder de ouderen in woonzorgcentra. De angsten van de holebi-ouderen uit het onderzoek van Stein, Beckerman & Sherman (2010) om hun seksualiteit te uiten en om gediscrimineerd te worden lijken dus terecht. Voor deze specifieke groep ouderen valt binnen woonzorgcentra dus nog veel winst te behalen wat betreft het kunnen uiten van seksualiteit. Wellicht dat speciale *gay friendly* woonzorgcentra voor sommigen inderdaad een uitkomst kunnen bieden.

Uit de gegevens van het onderzoek van Mroczek et al. (2013) kan worden geconcludeerd dat, ondanks dat ze mentale intimiteit hoger achten dan fysieke, ouderen nog steeds seksueel actief zijn. De onderzoeken van Bauer et al. (2012) en Villar et al. (2014a) voegen hier aan toe dat ouderen bij het uiten van hun seksualiteit op barrières stuiten. Ook is aangetoond dat er daarnaast nog sprake is van barrières die alleen voor specifieke groepen gelden (Palacios-Ceña et al., 2016; Stein, Beckerman & Sherman 2010; Villar et al., 2015).

Er van uitgaand dat ouderen recht hebben op een het uiten van hun seksualiteit is het van belang dat er aan het opheffen van deze barrières gewerkt wordt. Maar het huidige onderzoek is niet genoeg om harde conclusies te kunnen trekken over de seksuele noden van ouderen. Samen met Mahieu en Gastmans (2015) moet er worden geconcludeerd dat de perspectieven omtrent de seksuele behoeftes van geïstitutionaliseerde ouderen weinig onderzocht zijn. Er blijft dus nog veel onduidelijk, zeker wat betreft de ouderen in Vlaamse woonzorgcentra.

Wat uit de bovenstaande onderzoeken wel duidelijk is geworden, is dat er onder geïstitutionaliseerde ouderen zeker sprake is van seksueel gedrag. Dit gedrag loopt van intimiteit door een gesprek of hand vasthouden tot geslachtsgemeenschap en is dus erg divers. De verschillen per individu zijn enorm. Sommige ouderen hebben veel seksuele behoeftes andere helemaal geen. Voor zorginstanties is het dus van belang om een op het individu afgestemde benadering te hanteren jegens de seksualiteit van hun bewoners. Hiervoor is het wellicht nodig om per persoon een assessment uit voeren naar hun behoeftes wat betreft intimiteit en seksualiteit. De Australische onderzoekers Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, Nay, & Beattie (2014) hebben hier al een assessment instrument voor ontwikkeld. Het hanteren van een dergelijk op het individu afgestemd beleid zou enorm kunnen bijdragen aan het verbeteren van de *quality of life* van sommige ouderen.

Overall waar seksuele behoeftes zijn, kunnen situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag ontstaan. En juist daarom is het van belang dat woonzorgcentra seksualiteit van ouderen serieus nemen en duidelijke protocollen opstellen zodat zorgverleners adequaat kunnen reageren op situaties die zich voor doen. Voor zorgverleners

worden situaties extra ingewikkeld indien er ook nog eens sprake is van cognitieve achteruitgang bij de persoon die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. In het volgende punt zal daarom dieper worden ingegaan op de rol van dementie in seksueel grensoverschrijdend gedrag.

1.2 Dementie en seksueel grensoverschrijdend gedrag

De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij ouderen met dementie wordt geschat tussen 1.8% en 17.5% (Alagiakrishnan, et al., 2005; Johnson, Knight, & Alderman, 2006, allen aangehaald in Hayward, Robinson & Knight, 2012). Eigenlijk is het dus nog zeer onduidelijk hoe vaak het precies voorkomt. Voor zorgverleners zijn er in het kader van seksueel grensoverschrijdend gedrag extra uitdagingen wanneer er sprake is van cognitieve achteruitgang bij hun cliënten. Wanneer er sprake is van cognitieve achteruitgang binnen een seksueel actief koppel kunnen grenzen immers gaan vervagen. Het kan voor zorgverleners zeer lastig zijn om in te schatten of iemand met dementie nog wel in staat is om instemming te geven voor het hebben van seksueel contact. Zo is het bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wat de intentie is van een dement persoon. Daarnaast kan cognitieve achteruitgang er in sommige gevallen toe leiden dat inhibitie van bepaalde gedragingen wegvalt (Mendez & Shapira, 2013;). Hierdoor kan iemand bijvoorbeeld seksueel gedrag gaan vertonen zonder rekening te houden met zijn/haar omgeving. Seksueel grensoverschrijdend gedrag ligt dus al snel op de loer wanneer er sprake is van dementie bij personen. Maar wat voor gedragingen vertonen ouderen met cognitieve achteruitgang precies? Wat is het verband tussen cognitieve achteruitgang en seksuele activiteit? En hoe kan je seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen het beste aanpakken of behandelen? Dit punt zal een overzicht geven van het onderzoek naar dementie en seksualiteit en daarmee trachten de bovenstaande vragen te beantwoorden.

Om seksueel actief te zijn is logischerwijs een bepaald niveau van cognitief functioneren vereist. Hartmans, Cormijs en Jonker (2013) verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar de invloed van het cognitief functioneren van ouderen op hun seksuele gedrag. Ze namen acht publicaties op in hun onderzoek, waarvan er bij vijf publicaties sprake was van deelnemers met dementie of naasten hiervan. De resultaten suggereerden een trend dat ouderen zonder dementie en met een actief seksleven cognitief beter functioneren. Cognitieve achteruitgang en dementie leken geassocieerd met een afname van seksueel gedrag onder ouderen. Maar de resultaten in de gebruikte onderzoeken waren niet eenduidig. De onderzoekers concludeerden dan ook dat er te weinig onderzoek gedaan is om conclusies te kunnen trekken.

Het onderzoek van Hartmans, Cormijs en Jonker suggereert dat cognitieve achteruitgang geassocieerd wordt met een afname van seksueel gedrag. Echter, in een artikel van

Robinson en Davis (2013) wordt geconcludeerd dat cognitieve achteruitgang zowel tot een toename als een afname van seksueel gedrag kan leiden, afhankelijk van de mate van achteruitgang. Maar, of er nou sprake is van een toename of afname van seksueel gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag blijft zich alsnog voordoen. Uit andere onderzoeken is namelijk gebleken dat ouderen met dementie vele verschillende soorten seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, waaronder bijvoorbeeld seksueel getinte opmerkingen, openlijk masturberen, naar borsten of genitaliën van verzorgers grijpen, pogingen tot verleiden van verzorgers of andere bewoners, andere bewoners achtervolgen voor seksueel contact en zichzelf ontkleden in publieke ruimten (Kuhn et al., 1998; Higgins et al., 2005; Johnson et al., 2006, allen aangehaald in Bardell, Lau & Fedoroff, 2011). Er is zelfs een casestudy van een persoon die masturbeerde door objecten in zijn urethra te stoppen (Rosenthal, Berkman, Shapira, Gil, & Abramovitz, 2002). Het seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen is dus erg breed, net als het seksuele gedrag van mensen zonder dementie. Hierdoor laat het zich lastig definiëren. In de komende paragrafen zullen we dieper ingaan op de vraag hoe seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen zich laat categoriseren. Hiermee zal getracht worden inzicht te creëren in de diversiteit van deze problematiek. Het eerste onderzoek geeft daarnaast een voorzichtige indruk van de schaal waarop seksueel grensoverschrijdend gedrag op een afdeling voor kan komen.

Reeds in 1996 verrichtten Zeiss, Davies & Tinklenberg (1996) al een observatieonderzoek naar het seksuele gedrag van demente geïstitutionaliseerde ouderen. Hiervoor werd het gedrag van veertig ouderen gedurende negen sessies geobserveerd. Achttien procent van de ouderen vertoonden tijdens deze observaties seksueel grensoverschrijdend gedrag. Meestal was dit van korte duur en was er geen sprake van extreem grensoverschrijdend gedrag. De ouderen vertoonden echter nog minder normaal seksueel gedrag dan grensoverschrijdend seksueel gedrag, maar vertoonden wel vaker ambigu seksueel gedrag dan grensoverschrijdend seksueel gedrag. Voorbeelden van ambigu seksueel gedrag die in het onderzoek werden gemeld, zijn het zonder kleding een publieke ruimte inlopen, of openlijk aan de genitaliën krabben. Hierbij is het namelijk onduidelijk of er sprake is van een gebrek aan zelfverzorging of een uiting van exhibitionisme. Als hierbij geen sprake is van seksuele voldoening of motivatie kan men het interpreteren als niet-seksueel gedrag. De onderzoekers concludeerden dat ouderen met dementie weinig grensoverschrijdend seksueel gedrag vertoonden. Omdat de grens tussen seksueel grensoverschrijdend gedrag en ambigue seksueel gedrag niet altijd duidelijk is, stelden de onderzoekers voor dat personeel in het onderscheiden van seksueel en niet-seksueel gedrag zou kunnen worden getraind.

Makimoto, Kang, Yamakawa & Konno (2015) verrichten een literatuurstudie naar de seksualiteit van demente geïnstitutionaliseerde ouderen. Uit hun onderzoek bleek het seksuele gedrag van demente ouderen te variëren van het vasthouden van handen tot geslachtsgemeenschap. Zij concludeerden dat er inzet nodig is om privacy en veiligheid te bieden aan zowel bewoners van woonzorgcentra als zorgverleners. Daarnaast was het volgens de onderzoekers van belang om seksueel (grensoverschrijdende) gedragingen objectief te beoordelen en te rapporteren. Een gestandaardiseerd formulier zou hierin volgens de onderzoekers van pas kunnen komen. De onderzoekers benadrukten eveneens nogmaals het belang van protocollen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De Medeiros, Rosenberg, Baker & Onyike (2008) deden ook onderzoek naar seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen. Zij onderscheidden twee verschillende soorten seksueel grensoverschrijdend gedrag in hun onderzoek: Intimiteit zoekend en seksueel grensoverschrijdend gedrag door disinhibitie. Intimiteit zoekend seksueel gedrag bleek geassocieerd met Alzheimer, seksueel gedrag door disinhibitie was geassocieerd met andere soorten dementie. Daarnaast bleek het type seksueel grensoverschrijdend gedrag dat werd vertoond samen te hangen met de ernst van de dementie. Een onderzoek van Alagiakrishnan et al. (2005) voegt aan de bovenstaande onderzoeken toe dat seksueel ongepast gedrag van ouderen met dementie zich laat onderscheiden in verbaal en non-verbaal gedrag, in alle stadia van dementie voorkomt en vooral geassocieerd wordt met cliënten waarbij er sprake is van een vasculaire etiologie van de dementie. Vooral dit laatste is interessant, omdat het aantoont dat er wellicht specifieke groepen zijn die een groter risico hebben om seksueel grensoverschrijdend gedrag te gaan vertonen door hun dementie.

Het onderzoek van Zeiss, Davies & Tinklenberg (1996) toonde aan dat ouderen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, maar dat dit niet per definitie ook de intentie van het gedrag hoeft te zijn. Ontkleed een gemeenschappelijke ruimte binnenlopen is weliswaar grensoverschrijdend, maar er hoeft geen sprake van te zijn dat de persoon in kwestie dit ook als een seksuele uiting ervaart of een seksuele motivatie heeft voor zijn/haar gedrag. Verder blijkt uit bovenstaande onderzoeken dat het seksuele gedrag van demente ouderen zich op meerdere manieren in categorieën laat indelen. Deze onderzoeken suggereren ook dat bepaalde categorieën samenhangen met specifieke ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld alzheimer. Enerzijds lijkt een deel van het seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen te komen door vergeetachtigheid of gebrek aan inzicht. Bijvoorbeeld wanneer men simpelweg vergeet zich aan te kleden. In deze gevallen is het vaak onduidelijk of er sprake is van een seksuele intentie of motivatie. Anderzijds lijkt er soms ook sprake van te zijn dat een bepaalde vorm van inhibitie van gedrag bij dementerende ouderen wegvalt, waardoor ze geen controle meer lijken te hebben over hun seksuele gedrag. Onderzoek naar

de mogelijke oorzaken van het falen van deze inhibitiemechanismen zal in het komende deel aan bod komen. Ook zal er aandacht worden geschonken aan het feit dat bepaalde vormen van hersenschade kunnen worden geassocieerd met hyperseksualiteit. Hierna worden verschillende mogelijke oplossingen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen met cognitieve achteruitgang uitgelicht en zal de effectiviteit van deze oplossingen worden geëvalueerd.

Bardell, Lau & Fedoroff (2011) onderzochten verschillen tussen demente ouderen die geen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen en ouderen die wel regelmatig seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het onderzoek was retrospectief en exploratief, er was dus geen sprake van specifieke hypothesen voorafgaand aan het onderzoek. Uit hun onderzoek bleek dat seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen vooral geassocieerd wordt met schade in de rechter frontale kwab van de hersenen. Ook werd opgemerkt dat er bij de seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonende groep sprake was een hogere percentage deelnemers met vasculaire dementie. Mogelijk heeft de soort schade in de hersenen en de plek waarop deze schade zich voordoet dus invloed op de mate van seksueel grensoverschrijdend gedrag dat een persoon vertoont. Dit zou betekenen dat bepaalde vormen van dementie tot specifiek seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen leiden. Maar uit het onderzoek bleek ook dat de symptomen van dementie, gemeten met de *Mini Mental State Examination* (MMSE), vaak sterker aanwezig waren bij de groep die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoonde. Dit verschil tussen de groepen biedt een alternatieve verklaring voor de mogelijke etiologie van seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen. Namelijk dat de ernst van de symptomen bepalend is voor het wel of niet vertonen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De gegevens uit het onderzoek van Bardell, Lau & Fedoroff (2011) suggereren dat er mogelijk verbanden zijn tussen bepaalde typen dementie en de mate waarin en wijze waarop een persoon seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Het toont ook aan dat er een mogelijke samenhang is tussen schade in specifieke hersengebieden en de mate waarin een persoon seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Dit zou kunnen betekenen dat er sprake zou kunnen zijn van organische persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met bepaalde vormen van dementie. Specifieke schade in de hersenen zou dan wellicht kunnen leiden tot veranderingen wat betreft seksueel gedrag, zoals bijvoorbeeld hyperseksualiteit. Ook andere onderzoeken tonen dergelijke verbanden aan. Bij deze onderzoeken wordt schade in de frontale en temporale kwab regelmatig geassocieerd met hyperseksualiteit.

Zo ook in het onderzoek van Mendez & Shapira (2013). Zij vergeleken personen met de ziekte van Alzheimer en personen met frontotemporale dementie wat betreft het wel of niet vertonen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor het onderzoek is het gedrag van 47 cliënten met de ziekte van Alzheimer vergeleken met het gedrag van 53 cliënten met

frontotemporale dementie. Geen van de Alzheimer cliënten vertoonden hyperseksueel gedrag. Van de 53 cliënten met frontotemporale dementie daarentegen vertoonden zes personen (13%) hyperseksueel gedrag. Deze zes personen werden door hun verzorgers beschreven als mensen met een dramatische toename in seksuele activiteit vanaf pre-morbide toestand. Er was bij deze zes mensen allemaal sprake van algemene disinhibitie, moeite om impulsen onder controle te houden en een continue zoektocht naar seksuele stimulatie. Daarnaast waren seksuele voorkeuren van deze zes personen verbreed en ervoeren ze opwinding door stimuli die eerder niet stimulerend voor hen waren. Zo was er bijvoorbeeld een vrouw die al opgewonden kon raken van een lichte aanraking van haar pols. Mendez & Shapira (2013) concludeerden dat hyperseksualiteit bij ouderen exclusief geassocieerd is met frontotemporale dementie en niet met alzheimer.

Ibrahim en Reynaert (2014) hielden zich ook bezig met onderzoek naar hyperseksualiteit. Zij verrichtten een literatuuronderzoek naar hyperseksualiteit bij mensen met neurocognitieve stoornissen. Daarnaast beschreven ze een *case study* van een Belgische vrouw van 69 jaar oud die symptomen van hyperseksualiteit vertoonde. In hun artikel noemen ze dat hyperseksualiteit vooral voorkomt bij personen met schade in de frontale en/of temporale kwab van de hersenen (Robinson 2003, Lesser 2005, Series 2005, allen aangehaald in Ibrahim & Reynaert, 2014). Schade in de frontale kwab kan leiden tot het disfunctioneren van gebieden die zorgen voor inhibitie van seksueel gedrag. Schade in de temporale kwab kan zorgen voor disfuncties met betrekking tot het verwerken van de intellectuele en emotionele informatie achter seksuele opwinding. De symptomen van hyperseksualiteit kunnen daarnaast ook optreden bij mensen met schade in het striatale gedeelte van de hersenen door de ziekte van Huntington (Ibrahim & Reynaert, 2014). Hyperseksualiteit komt verder niet alleen bij mannen voor maar ook bij vrouwen (Ibrahim & Reynaert, 2014; Mendez & Shapira, 2013).

Maar uit een *case study* van Kile et al. (2009) bleek dat ook de ziekte van Alzheimer kan leiden tot het vertonen van hyperseksueel gedrag. De *case study* betrof een man van 70 met schade aan zijn amygdala door de ziekte van Alzheimer. Hierdoor had deze persoon het zogeheten Klüver-Bucy syndroom ontwikkeld waardoor hij ook hyperseksueel gedrag vertoonde. Deze *case study* toont aan dat er dus meerdere soorten hersenschade zijn die tot hyperseksueel gedrag zouden kunnen leiden en dat er dus eigenlijk nog veel onbekend is over de exacte wisselwerking tussen hersenschade en verandering van seksueel gedrag.

Uit de tot nu toe behandelde onderzoeken kan, net als bij Hartmans, Cormijs en Jonker (2013) worden geconcludeerd dat er nog te weinig onderzoek is om harde uitspraken te kunnen doen. Wel is duidelijk geworden dat zowel demente als niet-demente ouderen seksueel actief zijn. Daarnaast wijzen meerdere onderzoeken in de richting dat schade in de frontale en temporale kwab een rol speelt in het ontwikkelen van hyperseksualiteit. Andere

onderzoeken benadrukken juist weer het belang van schade in de amygdala door de ziekte van Alzheimer. Dit heeft als consequentie dat het wellicht nuttig is om bepaalde groepen ouderen meer in de gaten te houden wat betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag dan andere groepen. Het zou zorgverleners dus wellicht kunnen helpen om goed op de hoogte te zijn van de hersenschade van hun cliëntèle. Er zijn verschillende manieren om in te grijpen bij seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen. Hieronder zal onderzoek omtrent deze verschillende methoden behandeld worden.

Tucker (2010) verrichte een literatuuronderzoek naar hoe men in een zorginstelling seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen het best kan behandelen. Zowel de effectiviteit van farmacologische als non-farmacologische maatregelen in het doen verminderen van seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen werden onder de loep genomen. Het onderzoek was volledig gebaseerd op *case studies*. Tucker vond slechts een *case study* waarbij een niet-farmacologische behandeling effectief was gebleken (Tune & Rosenberg, 2008, aangehaald in Tucker, 2010). Deze *case study* ging over een man van 68 die mogelijk aan Alzheimer of frontotemporale demencie leed. De man gedroeg zich geagiteerd en viel zorgverleners en andere bewoners van zijn woonzorgcentra lastig, bijvoorbeeld door onwenselijk betasten. De man was eerder behandeld met medicatie, maar dit had niet geholpen in het verminderen van zijn ongepaste gedrag (Tune & Rosenberg, 2008). Vervolgens werd de man een grote *pink panther* knuffel gegeven. Hierna knuffelde en betaste hij de knuffel regelmatig op ongepaste manieren maar viel hij personeel en anderen bewoners wel aanzienlijk minder lastig.

Uit Tucker's onderzoek (2010) naar *case studies* met farmacologische maatregelen bleek dat er veel soorten middelen geprobeerd worden om mensen met seksueel grensoverschrijdende neigingen te behandelen. Onder de onderzochte middelen zaten onder andere: antipsychotica, antidepressiva, anti-epileptica, bètablokkers, en antiandrogenen. Tucker (2010) concludeerde dat het behandelen van seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen met demencie een lastige opgave kan zijn. Vaak worden er verschillende methoden en middelen uitgeprobeerd alvorens men een middel of methode vindt die werkt. Daarnaast concludeerde Tucker (2010) dat de bestaande literatuur enkel uit *case studies* bestaat en dat er weinig aandacht is binnen onderzoek voor non-farmacologisch behandelingen. Aldus Tucker (2010) is er daarom meer onderzoek nodig om overbodig gebruik van farmacologische middelen te beperken. Hierdoor zouden ouderen ook minder last hebben van de bijwerkingen die de medicatie teweeg kan brengen.

Ook Joller et al. (2013) verrichtten een literatuuronderzoek naar methoden om seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen te doen verminderen. Net als Tucker (2010) concludeerden Joller et al. (2013) dat de bewijskracht van het huidige onderzoek laag

is. Wel hielden Joller et al. (2013) er optimistischere conclusies op na wat betreft het onderzoek naar non-farmacologische behandelingsmethoden.

Wat betreft de mogelijke benaderingen om seksueel grensoverschrijdend gedrag te trachten te behandelen of in te perken is nog veel onduidelijk. De huidige literatuurstudies zijn volledig op *case studies* gebaseerd en non-farmacologische behandelmogelijkheden zijn nauwelijks onderzocht. Zo is het bijvoorbeeld nog onbekend wat seksuele vorming bij demente ouderen op zou kunnen leveren. Farmacologische methoden om seksueel grensoverschrijdend gedrag in te perken lijken redelijk effectief, maar genieten niet de voorkeur vanwege de vele bijwerkingen.

Daarnaast rijst er de vraag of het wel ethisch is om zo drastisch in te grijpen. Mensen met specifieke hersenschade kunnen er zelf immers ook niks aan doen dat zij hyperseksueel gedrag vertonen, waarom zouden ze dan wel de bijwerkingen van zware medicatie in hun maag gesplitst mogen krijgen? Dikwijls gaat het om mensen met (ernstige) hersenschade die al verminderd functioneren die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Door het gebruik van medicatie zullen ze wellicht andere personen niet meer lastig vallen maar daalt ook hun mate van functioneren en *quality of life* vanwege de bijwerkingen.

Ook Roelofs, Luijkx, en Embregts (2015) waren kritisch over de methoden die gehanteerd werden om de seksualiteit van demente ouderen in te perken. Uit een literatuuronderzoek concludeerden zij dat er in de praktijk veelal een beschermend beleid gehanteerd wordt. Volgens de onderzoekers ligt de focus te vaak op het beperken van de seksuele activiteit van demente ouderen en gaat dit ten kostte van hun vrijheid om zich seksueel te kunnen uiten. Ook concludeerden de onderzoekers dat er wel onderzoek is naar de kennis en attitudes van zorgverleners, maar dat de perspectieven van geïnstitutionaliseerde ouderen zelf weinig onderzocht zijn. Volgens Roelofs, Luijkx en Embregts (2015) is het daarom van belang om deze perspectieven meer te onderzoeken zodat er op basis van dat onderzoek trainingen en protocollen kunnen worden ontwikkeld. Ook Tarzia, Fetherstonhaugh en Bauer (2012) benadrukte dat het van belang is om er voor te zorgen dat demente geïnstitutionaliseerde ouderen anderen (en zichzelf) niet lastigvallen met hun seksuele gedrag maar ook dat hun recht om zelf over hun seksuele gedrag te beslissen hierbij niet uit het oog verloren mag worden. Ook demente ouderen hebben immers recht om hier zelf over te beslissen aldus de onderzoekers.

Daar kan verder nog aan toegevoegd worden dat het van belang is om binnen onderzoek strikte definities te hanteren en expliciet onderscheid te maken tussen seksueel gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksueel ambigu gedrag en hyperseksualiteit. Zeker bij de selectie van artikelen voor literatuuronderzoeken dient hier goed op gelet te worden, zodat verschillende gedragingen en groepen niet op één hoop worden gegooid. Wellicht dat de definities die De Medeiros, Rosenberg, Baker en Onyike (2008) en Zeiss,

Davies en Tinklenberg (1996) in hun onderzoek hanteren hierbij behulpzaam kunnen zijn. Het huidige onderzoek toont immers aan dat er verschillende oorzaken mogelijk zijn voor het vertonen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dat maakt het aannemelijk dat niet elke soort seksueel grensoverschrijdend gedrag op dezelfde manier dient te worden benaderd. Daarom is ook meer onderzoek naar hyperseksualiteit bij ouderen wenselijk. Dit kan immers meer inzicht verschaffen in de etiologie en dus hoe deze vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag het best benaderd kan worden door zorgverleners. Het lijkt hier namelijk om een zeer specifieke groep ouderen te gaan die wellicht baat hebben bij een aparte behandeling. Daarnaast is nog onduidelijk hoeveel van het totale seksueel grensoverschrijdende gedrag van ouderen binnen woonzorgcentra toe te wijten is aan hyperseksualiteit.

Wat ten slotte een kwestie is om in acht te nemen is de vraag wat seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente geïstitutionaliseerde ouderen precies veroorzaakt. Komt het daadwerkelijk door cognitieve achteruitgang, of komt het wellicht ook deels door het gebrek aan mogelijkheden om zich op een correcte manier intimiteit te kunnen vergaren. Wellicht dat sommige bewoners met dementie zich prima kunnen bedwingen als ze meer de mogelijkheid hebben om op een correcte manier uiting te geven aan hun seksualiteit. Juist daarom is het ook van belang om in onderzoek duidelijk onderscheid te maken tussen seksueel ongeremd gedrag door hyperseksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag door gebrek aan mogelijkheden voor intimiteit. Het verbeteren van de mogelijkheden van ouderen in woonzorgcentra om zich op een gepaste manier seksueel te kunnen uitten, zou immers kunnen bijdragen aan het verminderen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit geldt mogelijk voor zowel ouderen mét als ouderen zonder cognitieve achteruitgang.

Kortom, er is nog veel onbekend over de seksualiteit van demente geïstitutionaliseerde ouderen. Het blijft dus zeer lastig voor zorgverleners om situaties van seksuele activiteit van demente ouderen in te schatten en er adequaat op te reageren. Wellicht zouden adequate protocollen hier enige houvast kunnen bieden. Verder is het wellicht nuttig om een op het individu aangepaste benadering te hanteren en bij iedere nieuwe bewoner een assessment uit te voeren naar de seksuele behoeften. Dergelijke assessmentinstrumenten zijn al in ontwikkeling (Bauer et al., 2014). Ondertussen worden er ook assessmentinstrumenten ontwikkeld om de mate waarop een oudere met dementie seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond in te bepalen (Knight et al., 2008). Daarnaast zouden ook trainingen een rol kunnen spelen in het verbeteren van de kennis en attitudes van zorgverleners. Om inzicht te geven in de huidige situatie hiervan zal het volgende deel

zich richten op de attitudes en kennis van zorgverleners met betrekking tot seksualiteit van ouderen.

1.3 Kennis & attitudes van zorgverleners met betrekking tot seksualiteit van ouderen

In België zijn de kennis en attitudes van zorgverleners over en jegens de seksualiteit van ouderen regelmatig onderzocht. Een onderzoeksgroep heeft reeds enkele onderzoeken omtrent dit thema gepubliceerd (Mahieu et al., 2013, Mahieu, et al., 2015, Mahieu et al., 2011, Mahieu & Gastmans, 2015). Zij hebben de *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* (ASKAS) vertaald en gevalideerd bij een steekproef van Vlaamse zorgverleners (Mahieu et al., 2013; Mahieu et al., 2015). In dit deel worden de onderzoeken van Mahieu behandeld en aangevuld met gegevens uit andere relevante onderzoeken. Daarnaast zal er getracht worden bloot te leggen wat zorgverleners nodig hebben om adequaat te kunnen reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag van cliënten.

In 2011 verrichtten Mahieu, Van Elssen en Gastmans een literatuuronderzoek naar de percepties van zorgverleners op de seksualiteit van ouderen. De kwantitatieve onderzoeken uit hun onderzoek suggereerden dat zorgverleners voornamelijk positieve opvattingen hadden jegens de seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen. De kwalitatieve onderzoeken uit hun onderzoek daarentegen suggereerden dat er onder de verzorgers juist ook veel ongemakkelijkheid heerst wat betreft de seksualiteit van de geïnstitutionaliseerde ouderen en dat veel verzorgers er redelijk conservatieve opvattingen op na houden. De resultaten van kwantitatieve en kwalitatieve studies waren dus tegenstrijdig. Verder bleek dat er ook geen consensus was over een eventueel verband tussen kennis over en attitudes jegens seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen. Mahieu et al. concludeerden dat er meer kwalitatief onderzoek wenselijk is en dat een educatief programma voor zorgverleners wellicht kan bijdragen aan het ontwikkelen van permissievere en positievere opvattingen jegens de seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen.

In een later onderzoek onderzochten Mahieu et al. (2015) de kennis en attitudes van Vlaamse zorgverleners met hun vertaalde versie van de ASKAS. Er namen maar liefst 1166 zorgverleners deel aan het onderzoek. Uit het onderzoek bleek dat Vlaamse zorgverleners van ouderen middelmatige kennis hadden over de seksualiteit van ouderen. Daarnaast hadden ze redelijk positieve opvattingen jegens de seksualiteit van ouderen. Kennis en attitudes bleken positief gecorreleerd. Mahieu et al. concludeerden dat er nog ruimte is voor verbetering wat betreft zowel de kennis als de opvattingen van de zorgverleners.

Ondanks de onderzoeken van Mahieu et al. (2011, 2013, 2015) blijven er nog veel vragen onbeantwoord. Wel suggereren de resultaten uit hun onderzoeken dat doelgerichte educatieprogramma's wellicht kunnen bijdragen aan het verbeteren van zowel de kennis als

de attitudes van zorgverleners. Ook is er een verband aangetoond tussen de kennis en de attitudes van zorgverleners. Meer kennis lijkt samen te hangen met positievere attitudes. Het zou interessant zijn om de causaliteit achter dit verband te onderzoeken, zodat er efficiënte, doelgerichte cursussen kunnen worden gerealiseerd voor het verbeteren van zowel de kennis als de attitudes van zorgverleners.

Ook in andere landen zijn de opvattingen en percepties van zorgverleners onderzocht. Bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk. Zo vonden Gott, Hinchcliff en Galena (2004) door middel van interviews dat opvattingen van zorgverleners in Sheffield veelal gebaseerd waren op vooroordelen op basis van stereotypen. Bij een ander onderzoek werd de Engelse versie van de ASKAS gebruikt om attitudes te onderzoeken bij Britse zorgverleners (Bauman, Arcelus & Benbow, 2007). Zij vonden onder andere dat zowel leeftijd als werkervaring van zorgverleners een voorspeller was voor hun attitudescores. Zorgverleners met weinig werkervaring hielden er negatievere attitudes op na dan collega's met meer werkervaring. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongere zorgverleners minder trainingen hebben gehad dan oudere en daarom restrictievere opvattingen hebben. Het zou ook kunnen dat werken met ouderen op den duur tot meer compassie voor hun noden en behoeften leidt. Meer onderzoek naar het achterliggende mechanisme van dit verband is wenselijk.

Ook in Australië zijn opvattingen en attitudes van zorgverleners door middel van semigestructureerde interviews via de telefoon onderzocht (Shuttleworth, Russell, Weerakoon & Dune 2010). In deze interviews gaven deelnemende zorgverleners aan positief te staan tegenover het recht van ouderen om zich seksueel te uiten. Maar ook werd er gerapporteerd dat weinig instanties beschikken of formele richtlijnen of trainingen voor personeel. Het lijkt er dus op dat de wil om ouderen te helpen met hun seksualiteit er wel is, maar dat de middelen er niet zijn. De goede wil is dus nog niet omgezet in daadwerkelijke maatregelen. De onderzoekers concludeerden dan ook dat een gebrek aan protocollen en training tot inadequate behandeling van de seksualiteit van ouderen leidt.

In een ander onderzoek werd de houding van Spaanse zorgverleners jegens de seksualiteit van demente ouderen onderzocht (Villar, Celdrán, Fabà & Serrat, 2014b). In dit onderzoek werden er aan de deelnemers twee verschillende situatieschetsen gepresenteerd. Ofwel een situatie van seksueel contact tussen een cognitief goed functionerende oudere met een oudere met dementie, ofwel een situatie van seksueel contact tussen twee ouderen met dementie. De situatie van seksueel contact tussen twee mensen met dementie werd minder vaak als onacceptabel en grensoverschrijdend beschouwd. Seksueel contact tussen een cognitief goed functionerend persoon en een persoon met dementie werd door de deelnemende zorgverleners dan ook sneller als een situatie van misbruik gezien. De onderzoekers concludeerden dat zorgverleners van ouderen er over het algemeen zeer

behoedzame opvattingen op na hielden wat betreft seksueel contact tussen cognitief goed functionerende ouderen en ouderen met dementie. Daarnaast concludeerden de onderzoekers dat deze houding niet op ging voor seksueel contact tussen ouderen met dementie. Er kan dus verondersteld worden dat zorgverleners bij het beoordelen van situaties van seksueel contact de mentale gezondheid van de ouderen in acht nemen.

Een jaar later onderzochten Villar, Fabà, Serrat & Celdrán (2015) nogmaals de attitudes van Spaanse zorgverleners en bewoners van woonzorgcentra. Deze keer werden attitudes jegens heteroseksueel contact onder ouderen in woonzorgcentra in het algemeen onderzocht. De resultaten van het onderzoek suggereerden dat zorgverleners, wanneer ze een ouderenkoppel op seksuele activiteit zouden betrappen, dit over het algemeen acceptabel achten en zouden tolereren. Maar een gedeelte van de deelnemers was ook van mening dat het niet acceptabel was, zelfs niet binnen het privédoel van de eigen kamer van bewoners. Zorgverleners bleken er permissievere opvattingen op na te houden dan de bewoners van woonzorgcentra.

En ten slotte hebben Haesler, Bauer en Fetherstonhaugh (2016) onlangs een systematisch literatuuronderzoek verricht naar de opvattingen en attitudes van zorgverleners jegens de seksualiteit van ouderen. Er werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeken opgenomen in hun onderzoek. Opvallend was dat de onderzoekers de bewijskracht van alle kwantitatieve onderzoeken laag of zeer laag achtten. De onderzoekers concludeerden dat ondanks dat het recht van ouderen op seksualiteit steeds meer wordt erkend en benadrukt, zorgverleners er alsnog vaak negatieve attitudes op na houden en over te weinig kennis beschikken. Volgens de onderzoekers was het dan ook zeer van belang om in te grijpen en de attitudes en kennis van zorgverleners te verbeteren zodat de komende generaties ouderen wel de mogelijkheid krijgen om hun seksualiteit vrij te kunnen uiten.

Uit bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat er wat betreft de opvattingen en kennis over de seksualiteit van ouderen die zorgverleners er op na houden nog winst valt te behalen. Extra trainingen voor zorgverleners kunnen wellicht een rol in spelen in het bevorderen van meer positievere opvattingen en het bereiken van meer kennis op de werkvloer. Er zijn al twee onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van dergelijke trainingen bij zorgverleners.

Het eerste onderzoek werd uitgevoerd door Bauer, McAuliffe, Nay en Chenco (2013). Uit dit onderzoek bleek dat dergelijke trainingen effectief zijn in het bewerkstelligen van permissievere opvattingen jegens de seksualiteit van ouderen onder zorgverleners. Er werd bij dit onderzoek echter geen *follow-up* onderzoek uitgevoerd, dus of de effecten van de training ook op lange termijn aanwezig blijven, is nog onduidelijk. Er werd evenmin

onderzocht of verschillen in opvattingen ook daadwerkelijk een andere benadering op de werkvloer teweegbrachten.

Naast het vorige onderzoek is er een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een online trainingsprogramma voor zorgverleners (Jones & Moyle, 2016). Het doel van het trainingsprogramma was om de kennis van zorgverleners te verbeteren en positievere attitudes onder zorgverleners teweeg te brengen. Uit de resultaten konden de onderzoekers concluderen dat hun training effectief was. De deelnemende zorgverleners hadden meer kennis over- en permissievere opvattingen jegens de seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen met dementie.

Effectieve trainingen zijn een stap in de goede richting. Het kan leiden tot betere keuzes en minder stress op de werkvloer en zou eventueel de *quality of life* van geïnstitutionaliseerde ouderen kunnen verbeteren. Maar met alleen bereidwilligheid, kennis en positieve opvattingen is er geen garantie dat er ook een verandering op beleidsvlak optreedt. Zo toonden ook Roelofs, Luijkx en Embregts (2015) aan dat er ondanks redelijk positieve attitudes alsnog op beleidsvlak een beschermend paradigma heerst. Shuttleworth et al. (2010) toonden bovendien dat ondanks de bereidwilligheid die onder Australische zorgverleners wel leeft, de middelen om een adequaat beleid te voeren vaak toch nog ontbreken. Voor daadkrachtige beleidsveranderingen zal de seksualiteit van ouderen dus hoger op de prioriteitenlijst van woonzorgcentra moeten komen. Helaas lijkt dit nog niet het geval te zijn. Wellicht speelt hierin ook een financieel aspect mee. Meer onderzoek naar de wisselwerking tussen trainingen, bereidwilligheid om te veranderen, financiële mogelijkheden en daadwerkelijke veranderingen op de werkvloer binnen de zorgverlening is wenselijk.

1.4 Conclusie

Uit de bovenstaande literatuurstudie wordt duidelijk dat over de seksualiteit van ouderen in Vlaamse woonzorgcentra nog maar weinig bekend is, laat staan over seksueel grensoverschrijdend gedrag. Wat de seksuele behoeften van ouderen zijn, is nog niet helemaal duidelijk. Wel is het duidelijk dat ouderen seksueel actief blijven en dat de uiting hiervan enorm kan verschillen per individu en er dus binnen woonzorgcentra altijd een risico zal zijn op seksueel grensoverschrijdende situaties. Daarnaast stuiten geïnstitutionaliseerde ouderen bij het uiten van hun seksualiteit vaak op barrières.

Ook over de rol van dementie in het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag is nog veel onduidelijk. Uit onderzoek blijkt schade in frontotemporale hersengebieden geassocieerd te zijn met het vertonen van hyperseksueel gedrag. Maar over hoe hier het best mee kan worden omgegaan, is tot op heden nog geen consensus. Farmacologische behandelingen worden lukraak uitprobeerd en lijken een wisselend

succes te hebben in het verminderen van de symptomen. Meer onderzoek naar non-farmacologische behandelingen is wenselijk voor het terugdringen van onnodig gebruik van medicatie en onnodige last van bijwerkingen.

Onderzoek naar attitudes en kennis van zorgverleners levert wisselende resultaten op. Zorgverleners zitten in een lastige spagaat tussen het voorkomen aan schade naar anderen en het toch willen waarborgen van het recht op seksualiteit van ouderen. Een beschermend beleid lijkt te overheersen. Wat voor handvaten zorgverleners exact nodig hebben om te kunnen anticiperen op seksueel grensoverschrijdend gedrag blijft nog onduidelijk. Trainingen met als doel het verbeteren van de kennis en attitudes van zorgverleners lijken wel effectief te zijn, maar het is nog onduidelijk of dit ook leidt tot daadwerkelijke beleidsveranderingen op de werkvloer. Verder is er nog weinig aandacht voor het uitvoeren van assessments op ouderen om hun seksuele behoeften en noden in te schatten en zo een op het individu aangepaste benadering te kunnen hanteren.

Om adequate protocollen op te stellen is er meer onderzoek nodig. Om meer inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek rondom seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen in Vlaamse woonzorgcentra is er voor deze masterproef een prevalentieonderzoek uitgevoerd. Wat dit onderzoek aan het huidige onderzoeksveld zal toevoegen, is voornamelijk cijfers. Getracht zal worden de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra in kaart te brengen. Wat gebeurt er precies? Wie doet het? Hoe vaak komt het voor? Kennis over de prevalentie geeft inzicht in zowel de omvang als de ernst van de problemen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in woon-zorgcentra. Het brengt in kaart hoe groot het probleem nu werkelijk is en met welke situaties er allemaal rekening dient te worden gehouden. Door deze kennis kan er onder zorgverleners wellicht inzicht ontstaan waarop adequate nieuwe definities en protocollen kunnen worden gebaseerd. Tevens is er binnen dit onderzoek ruimte voor een secundair doel en een exploratieve vraagstelling. In de methodesectie zal dit verder worden toegelicht.

2 Methoden

2.1 Doel onderzoek

Het hoofddoel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag in Vlaamse woonzorgcentra. Wat gebeurt er precies, hoe vaak gebeurt het, wie doet het? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, is besloten om zorgverleners werkzaam bij Vlaamse woonzorgcentra een zelf ontwikkelde vragenlijst te laten invullen. Zij staan immers in direct contact met de ouderen uit onze doelgroep en hebben dus ook zicht op de situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag die zich voordoen. Daarnaast werd er van uitgegaan dat de verzorgers een accurater geheugen zouden hebben en de vragenlijsten dus betrouwbaarder kunnen beantwoorden dan de ouderen die zij verzorgen. Voor een ouder iemand, met of zonder dementie kan het immers een flinke opdracht zijn om een vragenlijst in te vullen.

De vragenlijst van het onderzoek had betrekking op de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er werd dus precies uitgevraagd hoe vaak allerlei mogelijk denkbare situaties zich voordoen. Wellicht kunnen de gegevens die uit dit onderzoek voortvloeien, helpen in het vormen van adequate protocollen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag in Vlaamse woonzorgcentra.

Naast de zelfontwikkelde prevalentievragenlijst werd er nog een exploratief deel aan het onderzoek toegevoegd. Zo zijn de *Nederlandse vertalingen van de Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS)*, eerder gebruikt en ontwikkeld door Mahieu et al. (2013) en van de *Sexual Opinion Survey (SOS)*, ontwikkeld door W.A. Fisher, D. Byrne, L. A. White & K. Kelley, 1988, vertaald door Laan & Both, 1997, verkregen via email contact met Ellen Laan) opgenomen in het onderzoek. De data uit deze vragenlijsten kunnen worden gebruikt om exploratief te kijken of er verbanden zijn tussen de attitudes, kennis, demografische gegevens en de antwoorden van de zorgverleners op de prevalentievragenlijst. Daarnaast kan er gekeken worden of er een verband is tussen de ASKAS en de SOS om zo te bepalen of deze vragenlijsten deels hetzelfde meten. Als dit het geval zou zijn, zal het de constructvaliditeit van beide vragenlijsten versterken. Een secundair doel is dan ook het co-valideren van de Nederlandse vertalingen van de ASKAS en de SOS.

2.2 Materialen

De vragenlijst werd online aangeboden tussen 21-03-2016 en 02-05-2016 en bestond uit meerdere delen. Alvorens men mee kon doen aan het onderzoek werd er informatie over het onderzoek verschaft in een welkomstbericht (zie Bijlage 1). Daarnaast diende er

ingestemd te worden met een *informed consent* formulier (zie Bijlage 2). Ook de demografische gegevens van de deelnemers werden uitgevraagd (zie Bijlage 3).

Om de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder ouderen in Vlaamse woonzorgcentra uit te vragen werd een zelf ontwikkelde vragenlijst gebruikt (zie Bijlage 4, 5, 6 en 7). Om een compleet beeld te krijgen van de omvang van seksueel grensoverschrijdend gedrag werden zowel de periode 'ooit' als de periode 'de afgelopen drie maanden' uitgevraagd. Het is namelijk interessant om te achterhalen wat de structurele hoeveelheid seksueel grensoverschrijdend gedrag is, maar ondertussen is het ook van belang om de ervaringen die zorgverleners op de lange termijn opdoen te meten. Hiernaast werden er nog enkele relevante gesloten en open vragen gesteld.

Verder waren de Nederlandse vertalingen van de ASKAS, zowel het kennis gedeelte (26 items, AKSAS-K) als het attitude gedeelte (25 items, ASKAS-A), en de SOS (21 items) opgenomen in de vragenlijst voor exploratieve doeleinden en de secundaire doelstelling. Deze vragenlijsten kan men terugvinden in Bijlage 8 (ASKAS) en Bijlage 9 (SOS).

2.3 Deelnemers

De vragenlijsten werden online ingevuld door zorgverleners van geïstitutionaliseerde ouderen werkzaam in Vlaanderen. Deze zorgverleners ontvingen een uitnodiging via email. Om aan hun contactgegevens te komen werd gebruik gemaakt van het netwerk van de organisatie Aditi VZW. Instanties uit hun netwerk werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar werknemers die direct zorg verlenen aan geïstitutionaliseerde ouderen. Daarnaast werd de link naar de vragenlijst via hun nieuwsbrief en de nieuwsbrief van de Vlaamse ouderenraad (www.vlaamse-ouderenraad.be) gedeeld, met hierbij een oproep aan zorgverleners van ouderen om aan het onderzoek deel te nemen. Om er zeker van te zijn dat de vragenlijsten daadwerkelijk door zorgverleners van ouderen werden ingevuld, werd dit in de vragenlijst expliciet uitgevraagd. De gegevens van de deelnemers werden volstrekt anoniem verwerkt. Een consequentie hiervan is dat het onbekend blijft uit welke instantie de deelnemers komen. Hierdoor zou het kunnen zijn dat de gegevens uit het onderzoek maar van enkele bereidwillige instanties komen die seksualiteit van ouderen en seksueel grensoverschrijdend gedrag of deelnemen aan onderzoeken hoog op de prioriteitenlijst hebben staan. Als dit het geval is, zou dat de resultaten eventueel kunnen beïnvloeden.

Alvorens men de vragenlijsten invulde, dienden de deelnemers in te stemmen met een *informed consent* formulier. Alleen de gegevens van deelnemers die ingestemd hadden met het *informed consent* en expliciet aangaven zelf zorg te verlenen aan ouderen werden geselecteerd om op te worden genomen in de analyse. Hiervoor is gekozen om een vertroebelde rapportage te voorkomen. Zo werd er bijvoorbeeld voorkomen dat een directeur van een instantie de vragenlijst invult en hiervoor alle gegevens van zijn hele instantie

gebruikt waardoor er te hoog gerapporteerd wordt. Bovendien is het belangrijk om alleen directe ervaringen te meten en geen 'tweedehands' verhalen. Onvolledig ingevulde vragenlijsten werden niet opgenomen in de analyses. Bij onvolledig ingevulde vragenlijsten kan men immers niet met zekerheid stellen dat deze wel serieus zijn ingevuld.

3. Resultaten

3.1 Deelnemers

De online vragenlijsten werden door 259 mensen ingevuld. Bij 119 personen bleek de vragenlijst niet volledig ingevuld. Daarom zijn de gegevens van deze personen uit de analyses gehaald. Van de 140 overgebleven personen bleek dat 23 personen ofwel geen *informed consent* hadden gegeven, ofwel geen directe zorg verleenden aan ouderen. Ook de gegevens van deze personen werden uit de analyses gehaald. Daarnaast zijn de gegevens van één deelnemer uit de analyses gehaald omdat deze persoon niet alle vragenlijsten serieus had ingevuld. Deze persoon had namelijk bij de ASKAS kennis vragenlijst bij 25 van de 26 items 'ik weet het niet' ingevuld. Hierdoor vormt de score van deze persoon een *outlier*. Omdat er betwijfeld kan worden of deze persoon de rest van de vragenlijsten wel serieus heeft ingevuld is besloten alle data van deze persoon uit de analyses te halen.

De analyses zijn dus uitgevoerd op de gegevens van het restant van 116 deelnemers. In Tabel 1 is de man/vrouw verhouding te zien. Tabel 2 toont de spreiding en gemiddelden van de leeftijd van de deelnemers en het aantal jaar werkervaring als zorgverlener. Het opleidingsniveau van de deelnemers varieerde van enkel secundair onderwijs tot het behalen van een (of meerdere) universitaire masters.

Tabel 1: Man/vrouw verhouding deelnemers.

	Frequentie	Percentage
Man	20	17.2
Vrouw	96	82.8
Totaal	116	100

Tabel 2: Leeftijd en aantal jaren werkzaam als zorgverlener.

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard Afwijking
Leeftijd	116	21	62	43.00	10.26
Jaren werkzaam	116	1	40	19.32	10.57

3.2 Betrouwbaarheid

Door middel van een Cronbach's α berekening is de interne consistentie van de vragenlijsten bepaald. In Tabel 3 staan het aantal items en de Cronbach's α waarden weergegeven van de SOS, de ASKAS attitudevragenlijst, de twee verschillende manieren van scoren van het ASKAS kennisvragenlijst en de twee prevalentievragenlijsten. De

Cronbach's α waarden van de SOS en ASKAS variëren van 0.733 tot 0.854. Dit wordt in het algemeen geaccepteerd als geschikte Cronbach's α waarden. Geconcludeerd kan worden dat de interne consistentie van deze vragenlijsten hoog is.

Verder wordt duidelijk dat de alternatieve manier van scoren van de ASKAS kennisvragenlijst een lagere Cronbach's α heeft dan de traditionele manier van scoren. Bij verdere analyses werden er echter geen relevante verschillen gevonden tussen de traditionele en alternatieve manier van scoren. De voorkeur van de onderzoeker, en tevens auteur van deze masterproef, gaat echter uit naar de alternatieve manier van scoren. Bij deze manier van scoren wordt er namelijk geen gebruik gemaakt van ambigue informatie. De 'Ik weet het niet' antwoordmogelijkheid heeft bij deze manier van scoren immers geen invloed op de score. De bijdrage van de 'Ik weet het niet' antwoordmogelijkheid kan in twijfel getrokken worden, omdat het onduidelijk is wat je er precies mee meet en wat je moet doen met de informatie die het oplevert. Toch scoort de traditionele manier van scoren hoger wat betreft interne consistentie. Daarom zal in verdere statistische analyses zowel de traditionele als de alternatieve manier van scoren worden gerapporteerd.

De vragenlijsten voor het bepalen van de prevalentie hebben een lagere interne consistentie dan de andere vragenlijsten. Dit was binnen de verwachtingen aangezien er bij prevalentie aangenomen kan worden dat er minder interne consistentie is. Een groot deel van de deelnemers heeft namelijk een zeer lage prevalentie gerapporteerd, zeker bij bepaalde items. Zo ook bij het item dat uitvraagt of er een poging tot verkrachting heeft plaatsgevonden. In de afgelopen drie maanden vragenlijst heeft iedereen op dit item 'nooit' geantwoord. Dit item is dan ook, vanwege gebrek aan variantie, uit de berekening gehaald bij de bepaling van de interne consistentie van de prevalentievragen van de afgelopen drie maanden. Al zijn ze lager dan wenselijk, toch worden de gevonden Cronbach's α van 0,691 en 0,659, gezien de opzet van het onderzoek, hoog genoeg geacht om er analyses mee uit te voeren.

Tabel 3: Cronbach's α van de gebruikte vragenlijsten

	Cronbach's α	Cronbach's α op basis van gestandaardiseerde items
SOS	0.848	0.858
ASKAS attitude gedeelte	0,854	0.871
ASKAS kennis gedeelte traditionele scoring	0,838	0.835
ASKAS kennis gedeelte alternatieve scoring	0.733	0.723
Prevalentie ooit	0.691	0.654
Prevalentie afgelopen drie maanden	0.659	0.672

3.3 Normaalverdeeldheid

Om te bepalen of de scores van de deelnemers op de gebruikte vragenlijsten normaal verdeeld zijn, zijn er Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilkinson toetsen uitgevoerd. In Tabel 4 staan de gevonden waarden weergegeven van de deze toetsen. Uit de resultaten van deze toetsen blijkt dat enkel de scores van de SOS normaal verdeeld zijn, aangezien deze als enige een niet-significante waarde heeft in de Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilkinson toetsen. Toch zien de verdelingen bij het observeren van de histogrammen van de overige vragenlijsten er normaal verdeeld uit. Daarom is besloten alle verdere analyses zowel parametrisch als non-parametrisch uit te voeren. De leeftijd van de deelnemers bleek overigens niet af te wijken van een normale verdeling ($D(116) = 0.92$).

Tabel 4: Toetsen normale verdeling.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ASKAS Kennis traditioneel	.118	116	.000	.945	116	.000
ASKAS Kennis alternatief	.111	116	.001	.970	116	.011
ASKAS Attituden	.085	116	.040	.950	116	.000
SOS	.072	116	.199	.984	116	.203
Prevalentie: ooit	.087	116	.031	.969	116	.009
Prevalentie: Afgelopen drie Maanden	.223	116	.000	.778	116	.000

a. Lilliefors Significance Correction

3.4 Prevalentievragenlijst: Ooit

Op de komende pagina's staat, in Tabel 5 tot en met 14, weergegeven hoe er geantwoord is op de vragenlijst die uitvroeg of specifiek seksueel grensoverschrijdend gedrag zich ooit had voorgedaan. Er valt onder andere te zien dat ruim meer dan de helft van de deelnemers te maken heeft gehad met ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen, zowel naar hen gericht (Tabel 5), als naar anderen gericht (Tabel 6). Verder wordt duidelijk dat meer dan de helft van de zorgverleners wel eens op een ongewenste seksuele manier werd aangeraakt (Tabel 7). Ook het ontkleed rondlopen (Tabel 12) en masturberen van ouderen (Tabel 13) komen voor veelvuldig voor op de werkvloer, ongeveer de helft van de deelnemers geeft aan dit ooit meegemaakt te hebben.

Daarnaast is het opvallend dat er bij een groot deel van de vragen een erg lage prevalentie werd gerapporteerd. Situaties waarin ouderen zorgverleners proberen te ontkleden (Tabel 8), dwingen tot seksuele handelingen (Tabel 9), of dwingen tot het kijken naar seksuele beelden (Tabel 11) lijken bijvoorbeeld zeer weinig voor te komen. Bij deze vragen geeft meer dan 95% van de deelnemers aan een dergelijke situatie nog nooit meegemaakt te hebben. Ook is er maar één deelnemer die heeft gerapporteerd dat er ooit een sprake is geweest van een poging tot verkrachting (Tabel 10). Toch verschaffen deze vragen alsnog inzicht. Ze illustreren namelijk hoe uiteenlopend en ernstig de situaties zijn waar zorgverleners op kunnen stuiten. Deze situaties komen niet op grote schaal voor maar zijn excessen waar ook rekening mee dient te worden gehouden. .

En ten slotte toont Tabel 14 dat meer dan de helft van de deelnemers ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft meegemaakt dat niet in de vragenlijst voorkwam. Na deze vraag volgde een open vraag naar deze ontbrekende vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hier zijn verschillende gedragingen gerapporteerd. Zo is er herhaaldelijk een antwoord gegeven dat valt onder seksueel (grensoverschrijdend) gedrag tussen bewoners onderling. Het is een gemis dat dit binnen dit onderzoek niet expliciet is uitgevraagd. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe vaak seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen bewoners zich voordoet. Enkele andere situaties die bij deze vraag genoemd werden zijn: anale penetratie van een dementerende man door andere bewoner, vragen om een 'handje te helpen' eventueel tegen betaling en het aandoen van erotische lingerie om vervolgens op bed te gaan liggen om te 'verleiden'. Deze antwoorden tonen wederom aan dat grensoverschrijdende situaties binnen woonzorgcentra van ouderen zeer uiteenlopend zijn en ernstige vormen kunnen aannemen.

Tabel 5: Prevalentievraag ooit 1: Is er ooit terwijl u aan het werk was sprake van geweest dat een patiënt/bewoner ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar u?

	Frequentie	Percentage
Nooit	25	21.6
Eén keer	14	12.1
Meerdere keren	69	59.5
Maandelijks	5	4.3
Wekelijks	2	1.7
Dagelijks	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 6: Prevalentievraag ooit 2: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar anderen terwijl u er bij was?

	Frequentie	Percentage
Nooit	28	24.1
Eén keer	9	7.8
Meerdere keren	71	61.2
Maandelijks	4	3.4
Wekelijks	2	1.7
Dagelijks	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 7: Prevalentievraag ooit 3: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u op een ongewenste seksuele manier aanraakte?

	Frequentie	Percentage
Nooit	47	40.5
Eén keer	19	16.4
Meerdere keren	48	41.4
Wekelijks	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 8: Prevalentievraag ooit 4: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner heeft geprobeerd u te ontkleden (tegen uw zin in)?

	Frequentie	Percentage
Nooit	111	95.7
Eén keer	3	2.6
Meerdere keren	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 9: Prevalentievraag ooit 5: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u gedwongen heeft tot seksuele handelingen?

	Frequentie	Percentage
Nooit	112	96.6
Eén keer	3	2.6
Meerdere keren	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 10: Prevalentievraag ooit 6: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u geprobeerd heeft te verkrachten?

	Frequentie	Percentage
Nooit	115	99.1
Meerdere keren	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 11: Prevalentievraag ooit 7: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u gedwongen heeft om naar seksuele beelden te kijken waar u dat niet wou?

	Frequentie	Percentage
Nooit	114	98.3
Eén keer	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 12: Prevalentievraag ooit 8: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner zichzelf heeft ontkleed/niet volledig aangekleed en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?

	Frequentie	Percentage
Nooit	49	42.2
Eén keer	13	11.2
Meerdere keren	47	40.5
Maandelijks	3	2.6
Wekelijks	1	0.9
Dagelijks	3	2.6
Totaal	116	100

Tabel 13: Prevalentievraag ooit 9: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner openlijk masturbeerde en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?

	Frequentie	Percentage
Nooit	63	54.3
Eén keer	18	15.5
Meerdere keren	33	28.4
Maandelijks	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 14: Prevalentievraag ooit 10: Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner onwenselijk seksueel gedrag heeft vertoond op een andere manier?

	Frequentie	Percentage
Nooit	50	43.1
Eén keer	16	13.8
Meerdere keren	45	38.8
Maandelijks	3	2.6
Wekelijks	2	1.7
Totaal	116	100

3.5 Prevalentievragenlijst: Afgelopen drie maanden

Op de komende pagina's staat in Tabel 15 tot en met 24 weergegeven hoe er is geantwoord op de prevalentievragenlijst die uitvroeg of de deelnemers in de afgelopen drie maanden waren gestuit op specifieke situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Uiteraard werd hier een lagere prevalentie gevonden dan in de 'ooit' prevalentievragenlijst. Desalniettemin zijn deze resultaten zeer relevant omdat ze aantonen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag van geïnstitutionaliseerde ouderen niet iets is wat zorgverleners eenmalig tegenkomen in hun carrière, maar iets is wat structureel voorkomt en waarmee altijd rekening moet worden gehouden.

Zo valt er onder andere te zien dat ongeveer een derde van de zorgverleners in de drie maanden voor het invullen van de vragenlijst gestuit is op ongepaste seksuele opmerkingen ofwel naar henzelf (Tabel 15) ofwel naar anderen gericht (Tabel 16). Ook blijkt bijna een vijfde van de deelnemers in de drie maanden voor het onderzoek te maken hebben gehad met ongewenste betastingen door de bewoners die ze verzorgen. Meer dan een kwart van de deelnemers geeft daarnaast aan gestuit te zijn op een situatie waarin een bewoner zich ontkleed heeft of niet volledig gekleed was waardoor de integriteit van zijn omgeving geschonden werd (Tabel 22). Openlijk masturberen (Tabel 23) en ander seksueel grensoverschrijdend gedrag (Tabel 24) kwam minder voor, minder dan 15% van de deelnemers gaf aan op zulk gedrag gestuit te zijn geweest in de drie maanden voor het onderzoek.

Bij de vragen over ongewenst ontkleden van zorgverleners (Tabel 18), dwingen tot seksuele handelingen (Tabel 19) en dwingen tot het kijken naar seksuele beelden (Tabel 21) daarentegen is er slechts een handjevol deelnemers die aangeven er in de afgelopen drie maanden mee te maken te hebben gehad. Bij de vraag naar pogingen tot verkrachtingen (Tabel 20) heeft zelfs iedereen aangegeven dat dit in de afgelopen drie maanden zich niet heeft voorgedaan. Dit toont aan dat deze gedragingen waarschijnlijk excessen zijn die niet structureel maar eerder incidenteel voorkomen.

Tabel 15: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 1: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar u?

	Frequentie	Percentage
Nooit	77	66.4
Eén keer	23	19.8
Maandelijks	14	12.1
Wekelijks	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 16: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 2: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar anderen terwijl u er bij was?

	Frequentie	Percentage
Nooit	78	67.2
Eén keer	19	16.4
Maandelijks	16	13.8
Wekelijks	3	2.6
Totaal	116	100

Tabel 17: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 3: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u op een ongewenste seksuele manier aanraakte?

	Frequentie	Percentage
Nooit	94	81.0
Eén keer	17	14.7
Maandelijks	4	3.4
Wekelijks	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 18: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 4: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner heeft geprobeerd u te ontkleden (tegen uw zin in)?

	Frequentie	Percentage
Nooit	114	98.3
Eén keer	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 19: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 5: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u gedwongen heeft tot seksuele handelingen?

	Frequentie	Percentage
Nooit	115	99.1
Meerdere keren	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 20: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 6: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u geprobeerd heeft te verkrachten?

	Frequentie	Percentage
Nooit	116	100
Totaal	116	100

Tabel 21: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 7: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner u gedwongen heeft om naar seksuele beelden te kijken waar u dat niet wou?

	Frequentie	Percentage
Nooit	115	99.1
Meerdere keren	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 22: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 8: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner zichzelf heeft ontkleed/niet volledig aangekleed en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?

	Frequentie	Percentage
Nooit	84	72.4
Eén keer	16	13.8
Maandelijks	9	7.8
Wekelijks	4	3.4
Dagelijks	3	2.6
Totaal	116	100

Tabel 23: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 9: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner openlijk masturbeerde en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?

	Frequentie	Percentage
Nooit	100	86.2
Eén keer	8	6.9
Maandelijks	6	5.2
Wekelijks	2	1.7
Totaal	116	100

Tabel 24: Prevalentievraag afgelopen drie maanden 10: Is er de afgelopen drie maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner onwenselijk seksueel gedrag heeft vertoond op een andere manier?

	Frequentie	Percentage
Nooit	99	85.3
Eén keer	5	4.3
Maandelijks	7	6.0
Wekelijks	5	4.3
Totaal	116	100

3.6 Gesloten vragen met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag

Naast de vragenlijsten die het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag trachten te meten, zaten er ook nog enkele open vragen in de prevalentievragenlijst. Deze vragen vroegen details achter seksueel grensoverschrijdend gedrag uit in een poging om nog meer inzicht in het thema te kunnen krijgen. Helaas zijn sommige van deze vragen niet door alle deelnemers even goed begrepen, wat het interpreteren van deze resultaten lastig maakt.

Zo ook bij de vraag: 'In hoeveel procent van de gevallen betreft het een mannelijke persoon die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond?'. Aangezien veruit het grootste deel van seksueel geweld gepleegd wordt door mannen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijenborg, 2009), is het vrijwel ondenkbaar dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in Vlaamse woon- zorgcentra voornamelijk door vrouwen wordt veroorzaakt. Toch zijn er twintig deelnemers die bij deze vraag tien procent of minder hebben ingevuld. Het is natuurlijk mogelijk dat deze zorgverleners werken op een afdeling met vrijwel alleen maar vrouwen. Maar uit nadere inspectie van de resultaten blijkt dat deze lage percentages voornamelijk zijn gegeven door mensen die ook een lage prevalentie rapporteerden, of zelfs bij de prevalentievragen overal 'nooit' hadden ingevuld. Het

vermoeden is dus dat een deel van de deelnemers bij de prevalentievragenlijsten een zeer lage prevalentie rapporteerden en daarom bij vragen die daarna volgde nul hebben ingevuld omdat er geen 'niet van toepassing' optie was. Het is een onvoorziene fout in het design van het onderzoek, waarbij er geen rekening gehouden is met deelnemers die nog nooit op een situatie van grensoverschrijdend gedrag zijn gestuit. Alle items die een percentage vragen (Tabel 25) uit dit gedeelte zijn daardoor mogelijk beïnvloed en onbetrouwbaar. Het is lastig in te schatten hoe groot de invloed hiervan is geweest op de uitslagen, wel kan aangenomen worden dat ze door de vertroebeling lager zijn uitgevallen.

Omdat de resultaten waarschijnlijk onbetrouwbaar zijn en een onrealistisch beeld geven, is overwogen om de resultaten van de vraag 'In hoeveel procent van de gevallen betreft het een mannelijke persoon die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond?' (Vraag 1, Tabel 25) te schrappen. Maar er werd een gemiddelde gevonden van 71.18 (SA = 35.92) procent, die volgens een t-test significant ($t(115) = 6.35, p < .001$) afwijkt van een hypothetische gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen. Er kan dus, ondanks de vertroebelde resultaten die het gemiddelde waarschijnlijk omlaag halen, alsnog aangenomen worden dat voornamelijk mannelijke ouderen seksueel grensoverschrijdend gedrag veroorzaken in Vlaamse woon- zorgcentra.

Vraag 2 en 4 in Tabel 25 meten het tegenovergestelde. Het was aanvankelijk de bedoeling om deze vragen naast het inzicht dat ze verschaffen ook te gebruiken om te controleren of deelnemers de vragenlijst serieus hadden ingevuld. Bij tegenovergestelde vragen kan je immers tegenovergestelde antwoorden verwachten. Van de deelnemer die bij deze vragen geen tegenovergestelde antwoorden hebben ingevuld zou getwijfeld kunnen worden of ze de vragenlijst dan wel serieus hebben ingevuld. Aan de gemiddelden is te zien dat er door de deelnemers niet strikt tegenovergesteld is geantwoord. Blijkbaar zijn deze vragen dus ook niet helemaal goed begrepen of ingevuld door de deelnemers. Een simpele blik op de ruwe data bevestigt dit vermoeden. De gemiddelden van deze vragen zijn dus onbetrouwbaar en er kunnen geen conclusies uit worden getrokken.

Vraag 3 uit Tabel 25 toont aan dat de deelnemers gemiddeld schatten dat bijna drie kwart van de geïnstitutionaliseerde ouderen helemaal geen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Bij deze vraag zijn geen redenen gevonden om de betrouwbaarheid in twijfel te trekken. Aangezien het gemiddelde redelijk hoog is kan er voorzichtig geconcludeerd worden dat er een grote groep ouderen is die helemaal geen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont.

Tabel 25: Gesloten vragen: Percentagevragen

	N	Min.	Max.	Gem.	Standaard Afwijking
1. In hoeveel procent van de gevallen betreft het een mannelijke persoon die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond?	116	0	100	71.18	35.92
2. In hoeveel procent van de gevallen betreft het een persoon met dementie die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond?	116	0	100	50.76	39.04
3. Hoe groot schat u het percentage patiënten/bewoners dat helemaal nooit seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont?	116	0	99	74.59	23.70
4. In hoeveel procent van de gevallen betreft het een persoon die cognitief nog goed functioneert die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond?	116	0	100	33.29	33.95

De resultaten van de overige gesloten vragen staan weergegeven in Tabel 26 tot en met 29. Tabel 26 toont aan dat ruim 70% van de deelnemers eerder niet of helemaal niet gekwetst wordt door seksueel grensoverschrijdend gedrag waar zij op stuiten. Dat is enigszins positief, maar men mag niet vergeten dat meer dan tien procent van de deelnemers eerder wel gekwetst is en er mogelijk ook geïnstitutionaliseerde ouderen gekwetst worden door seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Tabel 26: Indien u te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners, in welke mate heeft dit u gekwetst?

	Frequentie	Percentage
Niet van toepassing	17	14.7
Helemaal niet	41	35.3
Eerder niet	43	37.1
Eerder wel	14	12.1
Helemaal wel	1	0.9
Totaal	116	100

Tabel 27 verschaft veel informatie. Zo tonen de resultaten bij Vraag 1 aan dat veruit het grootste gedeelte van de deelnemende zorgverleners rapporteert dat het vaak dezelfde personen zijn die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Dit sluit aan bij de resultaten bij Vraag 3 uit Tabel 25, waar uit bleek dat bijna driekwart van de ouderen volgens de deelnemende zorgverleners geen seksueel grensoverschrijdend vertoont. Deze gegevens samen suggereren dat seksueel grensoverschrijdend gedrag wellicht alleen bij bepaalde ouderen voorkomt en zeker niet bij iedere oudere hoeft voor te komen.

Bij Vraag 2, Tabel 27 is te zien dat er maar een klein deel van de deelnemers is dat expliciet aangeeft niet over genoeg kennis of vaardigheden te beschikken om adequaat te reageren op situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij Vraag 3 daarentegen rapporteert bijna dertig procent van de deelnemers niet over genoeg kennis te beschikken om in dergelijke situaties adequaat in te grijpen. Hier valt dus waarschijnlijk nog winst te behalen wat betreft het verbeteren van de kennis van zorgverleners.

De resultaten uit Vraag 4 en 5 uit Tabel 27 zijn geruststellender. Zij tonen aan dat de deelnemers over het algemeen genoeg tijd hebben om seksueel grensoverschrijdend gedrag te rapporteren en niet bijzonder veel vermijdingsgedrag vertonen. Vraag 6 uit dezelfde tabel toont aan dat de deelnemers over het algemeen er over eens zijn dat seksueel grensoverschrijdend gedrag van dementerende ouderen anders benaderd dient te worden dan hetzelfde gedrag van niet-dementerende ouderen.

Tabel 27: Gesloten vragen: ja/nee

	Ja (%)	Nee (%)
1. Zijn het vaak dezelfde mensen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen?	92.2	7.8
2. Beschikt u over de vaardigheden/mogelijkheden om op een adequate manier met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners om te gaan?	87.1	12.9
3. Heeft u het gevoel voldoende kennis te hebben om op een adequate om te gaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners?	70.7	29.3
4. Heeft u in de dagelijkse praktijk genoeg tijd om seksueel grensoverschrijdend gedrag te rapporteren?	92.2	7.8
5. Is het wel voorgekomen dat u een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft geprobeerd te vermijden?	85.3	14.7
6. Dient seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente en niet-demente personen verschillend benaderd te worden?	90.5	9.5

Tabel 28 geeft de verdeeldheid weer tussen de beschikbaarheid van handelingsprotocollen binnen de instanties van de deelnemers. Meer dan een kwart van de deelnemers weet niet of er een handelingsprotocol is binnen de organisatie. En meer dan een derde geeft zelfs aan dat er geen handelingsprotocol aanwezig is. Wat betreft de beschikbaarheid van protocollen valt dus zeker nog winst te behalen op het vlak van beleid met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Tabel 28. Gesloten vraag: Is er binnen de organisatie waar u werkzaam bent een handelingsprotocol opgezet voor het omgaan met seksueel grensoverschrijdende situaties?

	Frequentie	Percentage
Ja	42	36.2
Nee	41	35.3
Ik weet het niet	33	28.4
Totaal	116	100

Tabel 29: Bij welke instantie(s) wenst u seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen rapporteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Frequentie	Percentage
Collega	79	68.1
Diensthofd/hoofdverpleegkundige	96	82.8
Manager/directie	74	63.8
Preventieadviseur/Arbeidsgeneesheer	33	28.4
Sociale dienst	8	6.9
Politie	11	9.5
Overig	4	3.4

Hierboven in Tabel 29 staat weergegeven waar de deelnemende zorgverleners seksueel grensoverschrijdend gedrag wensen te rapporteren. Er konden meerdere antwoorden worden aangevinkt. Na deze vraag volgde er de mogelijkheid om een open suggestie te geven voor instanties of personen waar men seksueel grensoverschrijdend gedrag wenste te kunnen melden die nog niet in de lijst waren voorgekomen. Bij deze vraag zijn de huisarts en/of psycholoog van de cliënt en het vertrouwenspersoon van de instantie herhaaldelijk genoemd.

3.7 Open vragen met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag

Na de gesloten vragen volgde er ook een drietal open vragen. Deze vragen zaten in de vragenlijst om nog meer inzicht te krijgen in de opvattingen van zorgverleners. Dit deel bestond uit de volgende drie vragen:

1. Bij wie kan u terecht in een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag in uw organisatie?
2. Wanneer is het volgens u nodig om seksueel grensoverschrijdend gedrag te rapporteren?
3. Wat is voor u grensoverschrijdend gedrag?

Op deze vragen is zeer divers gereageerd. Antwoorden die veelvuldig genoemd waren bij de eerste open vraag waren collega's, hoofdverpleegkundige, het vertrouwenspersoon en de directie. Bij vraag twee was er een grote groep deelnemers die aangaf dat seksueel grensoverschrijdend gedrag altijd gemeld diende te worden. Anderen waren echter weer van mening dat seksueel grensoverschrijdend gedrag alleen gemeld diende te worden indien het storend is of wanneer het een bepaalde grens heeft overschreden. Ook op de derde vraag zijn veel verschillende antwoorden gegeven. Twee kernthema's die vaak voorkwamen zijn: (ongewenste) aanrakingen en het wel of niet kwetsend zijn of schaden van iemands integriteit. De deelnemers lijken dus de beleving van het slachtoffer cruciaal te vinden in het bepalen of een bepaalde seksuele gedraging wel of niet grensoverschrijdend is.

3.8 Somscores prevalentievragenlijsten

Uit de frequentietabel van de somscores van de prevalentievragenlijsten blijkt dat slechts vijf deelnemers (4,3%) bij de 'ooit' prevalentievragenlijst overal nooit hadden ingevuld. In de 'afgelopen drie maanden' prevalentievragenlijst waren er een stuk meer deelnemers die overal nooit hadden ingevuld, namelijk 46 (39,7%). Dit toont aan dat meer dan 95% van de deelnemende zorgverleners ooit wel eens een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag had meegemaakt, maar dat het voor iets meer dan een derde van de deelnemers niet iets is waar ze structureel mee te maken hebben.

3.9 Scores op de SOS en de ASKAS

Op de volgende pagina, in Tabel 30, staan de minimum, maximum en gemiddelde scores van de SOS en de ASKAS weergegeven. En in Bijlage 10 staan de gemiddelden weergegeven van de 7-puntsvragen van de ASKAS attitude gedeelte. Uit T testen bleek dat de gemiddelden van meerdere van de losse vragen significant afweken van het midden. Alleen de resultaten van de meest belangwekkende vragen zullen behandeld worden.

Ten eerste gaven de deelnemers aan niet te vinden dat ze alles weten over de seksualiteit van ouderen wat ze denken te moeten weten ($t(115) = -7.45, p < .001$). Dit staat

in schel contrast met de resultaten uit vraag 3 in Tabel 27 waar 70% van de deelnemers aangeeft over genoeg kennis te beschikken om adequaat te kunnen reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast gaven de deelnemers aan meer te willen weten over de seksualiteit van ouderen ($t(115) = 12.35, p < .001$). Ook werd duidelijk dat de deelnemende zorgverleners informatiesessies omtrent de seksualiteit van ouderen voor zowel ouderen ($t(115) = 14.69, p < .001$), als zorgverleners ($t(115) = -16.54, p < .001$) zouden ondersteunen. Blijkbaar vinden de zorgverlener dus dat ze niet genoeg kennis hebben en staan ze wel open voor cursussen.

Uit T-testen bleek verder dat de gemiddelde scores op de ASKAS uit dit onderzoek allemaal afwijken van de gemiddelden die gevonden werden bij het onderzoek van Mahieu et al. (2015). De ASKAS attitude scores bleken in het huidige onderzoek lager te zijn, $t(115) = -9.01, p < .001$, wat suggereert dat de populatie uit het huidige onderzoek positievere attitudes heeft jegens de seksualiteit van ouderen dan de populatie van het onderzoek van Mahieu et al. (2015). Ook de ASKAS kennis scores bleken beiden af te wijken, traditionele scoring: $t(115) = -4.02, p < .001$, alternatieve scoring: $t(115) = 5.39, p < .001$. Dit indiceert een betere kennis in de populatie van dit onderzoek dan in de populatie van het onderzoek. Mogelijke verklaringen zullen besproken worden in de discussie.

Tabel 30: Minimum, maximum en gemiddelde scores van de SOS en de ASKAS

	N	Minimum	Maximum	Gem.	Std. Afwijking
SOS	116	21	117	71,18	19,22
ASKAS Attitude	116	25	97	50,37	15,69
ASKAS Kennis	116	5	23	15,03	4,06
alternatieve scoring					
ASKAS Kennis	116	29	68	44,16	9,23
traditionele scoring					

3.10 Exploratieve bevindingen

Exploratief zijn allerlei mogelijke verbanden tussen de scores op de ASKAS, SOS, de antwoorden op de prevalentievragen en demografische gegevens van de zorgverleners getoetst. Op de komende pagina's staat in categorieën weergegeven wat er bij het exploratief doornemen van de resultaten zoal is gevonden. Veel van de gevonden verbanden zijn redelijk zwak en hebben dus een lage verklaarde variantie. Daarom dienen deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

3.10.1 Geslacht.

Er is onder andere een verband gevonden tussen het geslacht van de deelnemers en de mate waarin zij rapporteerden ooit te maken hebben gehad met ongepaste seksueel getinte opmerkingen. Zowel de parametrische ($r(114) = 0.21$, $p = .024$) als non-parametrische ($r(144) = 0.20$, $p = .031$) toetsen tonen dit aan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zowel mannelijke als vrouwelijke zorgverleners te maken krijgen met seksueel getinte ongewenste opmerkingen, maar dat dit bij vrouwelijke zorgverleners vaker voorkomt. Ook de non-parametrische Mann-Whitney test bevestigt dit vermoeden ($U = 701.5$, $P = .034$). Vrouwen (Gem: 2.65, SA: 0.92) rapporteren gemiddeld dus meer seksueel grensoverschrijdende opmerkingen te hebben meegemaakt dan mannen (Gem: 2.10, SA: 1.21).

Daarnaast is er een verband gevonden tussen geslacht en het rapporteren van het aantal keren dat een zorgverlener ooit gestuit is op een seksueel grensoverschrijdende situatie waarin iemand openlijk masturbeerde. Dit verband is wederom significant bij zowel parametrische ($r(114) = -0.19$, $p = .046$) als non-parametrische ($r(144) = -0.19$, $p = .041$) toetsen. Een T-test ($t(114) = 2.02$, $p = .046$) en de non-parametrische Mann-Whitney test ($U = 708.5$, $P = 0.039$) bevestigden beide dat de gemiddelde rapportage van vrouwen (Gem: 1.70 SA: 0.91) en mannen (Gem: 2.15 SA: 0.93) inderdaad significant van elkaar afwijken. Dit toont aan dat vooral mannen rapporteren gestuit te zijn op een seksueel grensoverschrijdende situatie waarin iemand openlijk masturbeerde. Een opmerkelijk verband waarvoor nog geen sluitende verklaring is. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat mannelijke zorgverleners beter zijn in het herkennen van masturbeergedrag dan vrouwelijke zorgverleners.

Verder bleek uit een t-test ($t(52.89) = -1.87$, $p = .034$) dat vrouwen (Gem: 1.27, SA: 0.59) gemiddeld vaker rapporteren ongewenst seksueel aangeraakt te worden dan mannen (Gem: 1.10, SA: 0.31). Dit suggereert dat vooral vrouwelijke zorgverleners het slachtoffer lijken te zijn van ongewenste aanrakingen door de ouderen die zij verzorgen. Bij de non-parametrische Mann-Whitney test werd dit resultaat echter niet gevonden.

En ten slotte bleek dat er uit een t-test ($t(114) = -2.04$, $p = .04$) dat vrouwelijke deelnemers (Gem = 72.82, SE = 3.16) gemiddeld hoger scoorden op de SOS vragenlijst dan mannelijke deelnemers (Gem= 63.30, SE = 2.02). Dit bleek ook uit de non-parametrische Mann-Whitney test ($U = 682$, $P = .042$). Een opmerkelijke bevinding waar nog geen sluitende verklaring voor is. Over het algemeen lijken mannen immers hoger te scoren op de SOS (Fisher, White, Byrne, & Kelley, 1988).

3.10.2 Leeftijd en werkervaring.

Er is een verband gevonden tussen de leeftijd van deelnemers en de mate waarin zij ongepaste grensoverschrijdende seksuele opmerkingen rapporteerden in de prevalentie vragenlijst voor de afgelopen drie maanden. Dit verband is significant bij zowel parametrische ($r(114) = -0.27$, $p = .004$) als non-parametrische ($r(114) = -0.27$, $p = .003$) toetsen. Het gaat hier om een negatief verband, dus een lagere leeftijd hangt samen met het rapporteren van meer ongepaste grensoverschrijdende seksuele opmerkingen in de drie maanden voor het onderzoek.

Het aantal jaar dat deelnemers rapporteerden werkzaam te zijn geweest als zorgverlener blijkt echter nog sterker samen te hangen met de mate waarin deelnemers ongepaste grensoverschrijdende seksuele opmerkingen rapporteerden in de prevalentie vragenlijst voor de afgelopen drie maanden. Dit is wederom significant bij zowel parametrische ($r(114) = -0.37$, $p < .001$) als non-parametrische ($r(114) = -0.38$, $p < .001$) toetsen. Dit verband in combinatie met het verband uit de vorige paragraaf suggereert dat, niet per definitie leeftijd, maar wellicht juist werkervaring verband houdt met de mate waarin zorgverleners rapporteren last te hebben gehad van seksueel grensoverschrijdende opmerkingen in de drie maanden voor het onderzoek.

Ook bij de vraag of cliënten geprobeerd hebben de deelnemende zorgverlener te ontkleden in de drie maanden voor het onderzoek is bij zowel leeftijd (parametrisch: $r(114) = -0.23$, $p = .014$, non-parametrisch: $r(114) = -0,21$, $p = .027$) als werkervaring (parametrisch: $r(114) = -0.23$, $p = .013$, non-parametrisch: $r(114) = -0,22$, $p = .017$) een verband gevonden. Hier is er echter geen verschil tussen de sterkte van de verbanden, wat er op zou kunnen wijzen dat wat betreft het proberen te ontkleden er geen verschil is tussen het verband met leeftijd en werkervaring. Bij onwenselijke seksuele opmerkingen is toch wel duidelijk een verschil in de sterkte van de verbanden. Wellicht speelt werkervaring dan toch een kleinere rol dan we denken. Bij één andere prevalentievraag is immers ook nog een significant negatief verband gevonden met leeftijd, waar dit niet met werkervaring gevonden is. Namelijk bij de vraag of men in de drie maanden voor het onderzoek gedwongen werd tot seksuele handelingen door cliënten. Hier is echter enkel bij de parametrische ($r(114) = -0,19$, $p = .039$) toets een significant negatief verband gevonden.

Maar er is ook een significant verband tussen een prevalentievraag en werkervaring gevonden dat niet significant was bij leeftijd. Namelijk het verband tussen de werkervaring en het rapporteren van ongepaste seksuele opmerkingen door cliënten naar anderen toe, in de drie maanden voor het onderzoek. Dit negatieve verband was alleen significant ($r(114) = -0,19$, $p = .045$) bij de parametrische manier van toetsen.

De verbanden uit bovenstaande katern suggereren dat voornamelijk jonge zorgverleners met weinig werkervaring structureel te maken hebben met bepaalde seksueel

grensoverschrijdende situaties. Dit kan enerzijds verklaard worden doordat zij mogelijk voor ouderen aantrekkelijker zijn voor seksuele uitpattingen. Anderzijds zou het verklaard kunnen worden door hun weinige ervaring waardoor ze wellicht minder controle hebben over bepaalde situaties op de werkvloer, of door gebrek aan ervaring eerder schrikken van bepaalde situaties. Uit de bovenstaande verbanden kunnen we helaas geen causale relaties bepalen. Hierdoor blijft de exacte wisselwerking tussen rapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag, leeftijd en werkervaring onduidelijk en kunnen er nog geen conclusies worden getrokken over de causaliteit.

Naast de verbanden tussen leeftijd, werkervaring en de prevalentievragen zijn er verbanden gevonden tussen de leeftijd van de deelnemers en hoe hoog ze scoren op de SOS (parametrisch: $r(114) = 0.22$, $p = .016$, non-parametrisch: $r(114) = 0.23$, $p = .014$) en de ASKAS kennis vragenlijst traditionele scoring (parametrisch: $r(114) = -0.23$, $p = .013$ non-parametrisch: $r(114) = -0.23$, $p = .015$) en alternatieve scoring (parametrisch: $r(114) = 0.23$, $p < .014$, non-parametrisch: $r(114) = 0.22$, $p = .013$). Deze verbanden werden echter niet gevonden met het aantal jaar dat iemand werkzaam is. Dit suggereert dat de hogere kennisscores en hogere scores op de SOS van oudere deelnemers vooral met leeftijd samenhangen en niet met werkervaring.

3.10.3 ASKAS Kennisgedeelte & SOS.

Tussen de verschillende manieren van scoren van het ASKAS kennisgedeelte en de scores op de SOS zijn ook significante verbanden gevonden. Het verband tussen de traditionele manier van scoren van het kennisgedeelte van de ASKAS en de SOS is bij parametrisch toetsen: $r(114) = 0.21$, $p = .025$, en bij non-parametrisch toetsen niet significant. En het verband tussen de SOS score en de alternatieve manier van scoren van de ASKAS is bij parametrisch toetsen: $r(114) = -0.23$, $p = .012$, en bij non-parametrisch toetsen: $r(114) = -0.22$, $p = .018$. Des te hoger men scoorde op de SOS, des te lager scoorde men wat betreft kennis over de seksualiteit van ouderen en andersom. Een opmerkelijke bevinding die tegenstrijdig is met eerder gevonden resultaten van Mahieu et al. (2015).

3.11 Co-valideren ASKAS attitude gedeelte en SOS

Omdat we er van uitgaan dat het ASKAS attitude gedeelte en de SOS ongeveer hetzelfde tracht te meten werd nagegaan hoe sterk het verband is tussen de uitslagen op deze twee vragenlijsten. Er is een significant positief verband gevonden bij zowel parametrische ($r(114) = 0.39$, $p < .001$) als non-parametrische ($r(114) = 0.43$, $p < .001$) toetsen. Deze verbanden tonen aan dat de twee vragenlijsten inderdaad latente variabelen meten die aan elkaar verbonden zijn. De initiële verwachting is dus bevestigd. Door middel van convergente validiteit wordt de constructvaliditeit van beiden vragenlijsten bevestigd. Er

mag geconcludeerd worden dat de vragenlijsten inderdaad lijken te meten wat ze claimen te meten.

4. Conclusie & Discussie

4.1 Conclusie

Uit het prevalentieonderzoek kan geconcludeerd worden dat er veel seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond wordt door ouderen in Vlaamse woonzorginstellingen. Meer dan 95% van de deelnemende zorgverleners geeft aan ooit te maken hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag van de ouderen die zij verzorgen. Daarnaast geeft meer dan de helft van de deelnemers aan in de drie maanden voor het onderzoek seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer te hebben meegemaakt. Seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen komt dus zowel incidenteel als structureel voor in Vlaamse woonzorgcentra. Kortom, seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen is een veel voorkomend en serieus probleem. Het is daarom dan ook goed dat er het laatste decennium binnen de onderzoekswereld meer aandacht is voor de seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt voornamelijk vertoond door mannelijke bewoners van woonzorgcentra. Vooral ongewenste seksuele opmerkingen jegens zorgverleners of andere personen lijken veel voor te komen. Maar ook excessen als pogingen tot verkrachtingen worden gerapporteerd. De ernst van seksueel grensoverschrijdende uitingen van geïnstitutionaliseerde ouderen is dus zeer uiteenlopend. Seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen blijkt divers en dus heterogeen te zijn. Een aan het individu aangepaste benadering lijkt hierdoor wenselijk, niet voor iedere oudere zijn dezelfde maatregelen wenselijk.

Gelukkig geeft meer dan een derde van de zorgverleners aan zich helemaal niet gekwetst te voelen door seksueel grensoverschrijdend gedrag van de ouderen die zij verzorgen. Daarnaast gaf veruit het grootste deel van de deelnemende zorgverleners aan over genoeg vaardigheden, mogelijkheden en tijd te hebben om adequaat op seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen reageren. Wat betreft kennis bij zorgverleners valt er nog wel winst te halen, bijna een derde van de zorgverleners gaf aan niet over genoeg kennis te beschikken. Ook gaven de deelnemers aan graag meer te willen weten over de veranderingen in het seksueel functioneren op oudere leeftijd en open te staan voor informatiesessies omtrent de seksualiteit van geïnstitutionaliseerde ouderen.

Slechts iets meer dan een derde van de zorgverleners gaf aan dat er binnen hun instantie een handelingsprotocol opgezet was voor het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij de rest van de deelnemende zorgverleners was er dus geen handelingsprotocol opgezet of was de deelnemende zorgverlener er niet van op de hoogte dat er een was opgezet. Er is duidelijk nog lang niet bij alle Vlaamse woonzorgcentra een handelingsprotocol voor seksueel grensoverschrijdend gedrag opgesteld. Dit is een gemis,

aangezien er al meerdere onderzoeken zijn die expliciet aangeven dat handelingsprotocollen wenselijk zijn om zorgverleners sturing te geven bij het reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag (Shuttleworth et al., 2010; Bauer et al., 2013; Bauer et al., 2014; Villar et al., 2014a; Villar et al., 2014b; Villar et al., 2016).

Zorgverleners gaven in het huidige onderzoek aan seksueel grensoverschrijdende situaties voornamelijk te wensen te kunnen melden bij: collegae, diensthoofd/hoofd verpleegkundige, manager/directie en de preventieadviseur/arbeidsgeneesheer. Verder werd ook de psycholoog van de cliënt en de vertrouwenspersoon van de instantie enkele keren genoemd. Slechts een klein deel van de deelnemers wenste seksueel grensoverschrijdend te kunnen melden bij de politie. Hetzelfde geldt voor de sociale dienst. Ook vonden negen van de tien deelnemers dat seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente ouderen anders benaderd diende te worden dan seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen die cognitief nog goed functioneren.

Wat betreft de kennis en attituden van zorgverleners omtrent de seksualiteit van (geïstitutionaliseerde) ouderen bevestigt het huidige onderzoek grotendeels wat eerder is gevonden door Mahieu et al. (2015). De kennis en attituden van zorgverleners zijn niet optimaal. Er is dus nog ruimte voor verbetering. Toch scoorde de deelnemers uit het huidige onderzoek hoger wat betreft permissieve attitudes jegens seksualiteit van ouderen en wat betreft kennis over de seksualiteit van ouderen dan de gemiddelde scores die gevonden werden in het onderzoek van Mahieu et al. (2015). Dit opmerkelijke verschil zou op verschillende dingen kunnen wijzen. Wellicht is er in de tijd tussen het onderzoek van Mahieu et al. (2015) en het huidige onderzoek sprake geweest van meer aandacht voor de seksualiteit van ouderen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat zorgverleners door eigen interesse, trainingen of media-aandacht voor de seksualiteit van ouderen meer kennis hebben en permissievere attitudes hebben vergaard. Zorgverleners hebben immers ook al in eerder onderzoek expliciet aangegeven open te staan voor dergelijke trainingen (Mahieu et al. 2015).

Een andere verklaring is dat er binnen het huidige onderzoek sprake is geweest van een selectiebias. Instanties en deelnemers namen immers op vrijwillige basis deel aan het onderzoek. Daardoor is het mogelijk dat vooral zorgverleners van instanties die seksualiteit van ouderen hoog op hun prioriteitenlijst hebben staan hebben meegedaan. Dit zou er toe kunnen hebben geleid dat deelnemers uit het huidige onderzoek positievere attituden en betere kennis hebben over de seksualiteit van geïstitutionaliseerde ouderen. Dit kan helaas niet gecontroleerd worden omdat er niet gevraagd is bij welke instantie deelnemers werkzaam zijn om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen. Daarnaast hebben er aan dit onderzoek aanzienlijk minder deelnemers deelgenomen dan aan het onderzoek van Mahieu et al. (2015), wat dit huidige onderzoek per definitie minder betrouwbaar maakt.

Al met al blijkt dat, ondanks de inzichten die dit onderzoek biedt, seksueel grensoverschrijdend gedrag zich lastig laat definiëren. De deelnemende zorgverleners legde bij het definiëren van seksueel grensoverschrijdend gedrag nadruk op de beleving van het slachtoffer. Dit lijkt ook een cruciale factor te zijn in het beoordelen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Seksueel grensoverschrijdend gedrag is zeer divers en kent vele vormen. Maar uiteindelijk is vooral van belang of er iemand door gekwetst wordt of niet. Wanneer er iemand gekwetst wordt of geschaad wordt in zijn/haar integriteit is dit grensoverschrijdend. Dit verschilt natuurlijk per individu, sommige personen zijn eerder gekwetst dan anderen. Het slachtoffer bepaald dus uiteindelijk wanneer een bepaalde gedraging grensoverschrijdend is of niet. Naast de slachtofferbeleving is ook de intentie van diegene die seksuele gedrag vertoont een factor waar rekening mee gehouden dient te worden. Zo is er gebleken dat ouderen in woonzorgcentra ook seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen vertonen zonder de intentie te hebben om iemand seksueel te bejegenen. Bijvoorbeeld door zich simpelweg vergeten aan te kleden.

4.2 Exploratief

Exploratief is er gekeken naar de samenhang tussen scores van de vragenlijsten, de mate van rapporteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag en de demografische gegevens van deelnemers. Er werd onder andere gevonden dat vrouwelijke zorgverleners meer te maken hebben met ongewenste seksuele opmerkingen en aanrakingen dan hun mannelijke collega's. Dit betekent niet dat alleen vrouwelijke zorgverleners trainingen en cursussen dienen te krijgen, ook mannelijke zorgverleners stuiten op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo werd er bijvoorbeeld ook gevonden dat mannelijke zorgverleners weer vaker te maken hadden met ouderen die openlijk masturbeerden. Een opmerkelijke bevinding waar geen duidelijke verklaring voor is. Daarnaast bleken de vrouwelijke deelnemers hoger te scoren wat betreft erotofilie (gemeten met de SOS) dan de mannen. Dit is in strijd met eerder onderzoek. Ook hier is geen sluitende verklaring voor.

Ook werd er een verband gevonden tussen werkervaring en de rapportage van grensoverschrijdende seksuele opmerkingen. Blijkbaar hebben vooral zorgverleners met weinig werkervaring structureel te maken hebben met seksueel ongewenste opmerkingen. Echter, de mate waarop zorgverleners aangaven structureel te maken te hebben met cliënten die hen probeerden te ontkleden bleek ongeveer even sterk samen te hangen met zowel leeftijd als werkervaring. En gedwongen zijn tot seksuele handelingen in de drie maanden voor het onderzoek bleek daarnaast wel samen te hangen met leeftijd, maar niet met werkervaring. De exacte wisselwerking tussen leeftijd, werkervaring en de rapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag blijft dus nog onduidelijk. Maar de resultaten suggereren dat vooral jonge, onervaren zorgverleners stuiten op seksueel

grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer. Vanuit het leeftijdsverband kan geredeneerd worden dat jongere zorgverleners wellicht aantrekkelijker zijn om seksueel te benaderen. Vanuit de verbanden met werkervaring daarentegen kan worden geredeneerd dat onervaren zorgverleners wellicht minder gezag uitoefenen op de werkvloer. Vervolgonderzoek zou dit uit moeten wijzen.

Er bleek ook een verband te zijn tussen leeftijd en de scores op de SOS en ASKAS vragenlijsten van de deelnemers. Een hogere leeftijd hing samen met een meer seks-positieve opvattingen en betere kennis over de seksualiteit van ouderen. Ook Bauman, Arcelus & Benbow (2007) vonden verbanden tussen leeftijd, werkervaring en attituden van zorgverleners jegens de seksualiteit van ouderen. Dit valt deels te verklaren doordat oudere zorgverleners wellicht meer trainingen en cursussen hebben gevolgd en dus ook een betere kennis hebben over de seksualiteit van ouderen.

Verder bleek dat de scores op de SOS vragenlijst ook samenhangen met de kennis van de deelnemers omtrent de seksualiteit van ouderen. Des te positiever de opvattingen waren jegens seksualiteit in het algemeen, des te slechter was de kennis over de seksualiteit van ouderen. Dit verband is tegenstrijdig met een verband dat eerder is gevonden door Mahieu et al. (2015). Zij vonden namelijk dat er een verband was tussen de kennis over- en de attituden jegens de seksualiteit van (geïnstitutionaliseerde) ouderen. Een mogelijke verklaring is dat de SOS algemene attituden jegens seksualiteit en niet specifiek de attituden jegens seksualiteit van ouderen meet. Toch is het opmerkelijk dat personen met seksueel positieve opvattingen minder kennis hebben over de seksualiteit van ouderen dan personen met minder seksueel positieve opvattingen.

4.3. Co-valideren ASKAS attitude vragenlijst en SOS

De resultaten van het onderzoek toonden aan dat er een redelijk sterke samenhang is tussen de ASKAS attitude vragenlijst en de SOS vragenlijst. Dit bevestigt het vermoeden dat deze vragenlijsten samenhangende latente variabelen meten. Door middel van convergente validiteit wordt de constructvaliditeit van beiden vragenlijsten bevestigd. Er mag geconcludeerd worden dat de vragenlijsten inderdaad lijken te meten wat ze claimen te meten.

4.4 Discussie en suggestie vervolgonderzoek

Dit onderzoek voegt voornamelijk cijfers en inzicht toe aan wat er al bekend was over seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen in Vlaamse woonzorgcentra. Men is nu beter op de hoogte wat voor situaties het meest voorkomen. Op basis van deze gegevens kunnen er protocollen opgezet worden en trainingen ontwikkeld worden.

Maar de gegevens uit dit onderzoek dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Van alle zorgverleners van geïnstitutionaliseerde ouderen in Vlaanderen hebben er maar 259 deelgenomen aan het onderzoek, waarvan maar bij 119 personen de gegevens bruikbaar waren voor het onderzoek. Het is de vraag of dit aantal hoog genoeg is om te kunnen generaliseren naar de hele populatie zorgverleners van ouderen in Vlaanderen. Daarbij is de betrouwbaarheid van vrijwillige zelfrapportage altijd twijfelachtig.

Verder is het onduidelijk of wel alle Vlaamse woonzorgcentra vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek. Het is niet ondenkbaar dat alleen zorgcentra hebben deelgenomen die de seksualiteit van hun bewoners serieus nemen en hoog op de prioriteitenlijst hebben staan. Ook is het mogelijk dat medewerkers van woonzorgcentra die veel problemen hebben rondom seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben afgezien van deelname. Hierdoor geven de gegevens uit dit onderzoek waarschijnlijk een optimistische weergave. Anderzijds zou het ook kunnen zijn dat juist zorgverleners die seksueel grensoverschrijdende situaties (vaak) hebben meegemaakt meer geneigd zijn om deel te nemen aan het onderzoek. Dit zou dan weer kunnen leiden tot een hogere rapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Waar dit onderzoek zeker in tekort schiet is dat er te weinig is uitgevraagd naar seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen ouderen onderling. In de vragen is wel onderscheid gemaakt tussen seksueel grensoverschrijdend gedrag jegens de zorgverlener zelf en jegens andere personen dan de zorgverlener, maar deze andere persoon wordt niet gespecificeerd. De vragen hadden concreter gesteld kunnen worden waardoor er ook concretere informatie naar boven was gekomen. Nu blijft het gissen naar de mate waarop ouderen onderling seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, terwijl dit wel voor komt binnen woonzorgcentra. Het zou wenselijk zijn indien hier in vervolgonderzoek aandacht aan wordt geschonken.

Verder blijft het door een onvoorziene designfout in het onderzoek helaas onduidelijk bij hoeveel procent van de seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonende ouderen er sprake is van cognitieve achteruitgang. Wel kan er met enige zekerheid worden gesteld dat de meerderheid van de ouderen in woonzorgcentra helemaal geen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Negen van de tien zorgverleners gaf dan ook aan dat het vaak dezelfde personen zijn die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Vervolgonderzoek zal zich alsnog moeten wenden tot de mate waarop seksueel grensoverschrijdend gedrag veroorzaakt wordt door ouderen met dementie. Ook vervolgonderzoek naar de exacte wisselwerking tussen specifieke hersenschade, intimiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag is wenselijk.

En ten slotte is meer kwalitatief onderzoek naar seksueel grensoverschrijdend gedrag van Vlaamse ouderen in woonzorgcentra aan te bevelen. Zo zouden er bijvoorbeeld

focusgroepen kunnen worden georganiseerd die zowel structurele vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag als excessen bespreken. Waarschijnlijk kan dat weer bijdragen aan het opstellen van adequate handelingsprotocollen en trainingen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen woonzorgcentra. Het is dan ook passend als de kennis die uit onderzoek voortkomt naar meer kennis op de werkvloer leidt en daarbij ook leidt dat daadwerkelijke veranderingen in de beleidsvorming van Vlaamse woonzorgcentra. Hierbij dient zeker het recht van ouderen om een uiting te kunnen geven aan hun seksualiteit niet uit het oog verloren te worden.

Kortom ouderen zijn seksueel actief en waar mensen seksueel actief zijn kan er seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomen. Maar ouderen hebben wel recht om invulling te kunnen geven aan hun seksuele noden en wensen. Het is dus aan de Vlaamse zorgcentra om seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen maar ook de seksuele wensen van ouderen mogelijk te maken.

5. Literatuurlijst

- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wong, A., Wood, A., Senthilselvan, A., ... & Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate medical journal*, 81(957), 463-466.
- Bardell, A., Lau, T., & Fedoroff, J. P. (2011). Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *International Psychogeriatrics*, 23(07), 1182-1188.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: Effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology*, 39(2), 82-91.
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Beattie, E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC geriatrics*, 14(1), 82.
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2012). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology and Sexuality*, 1-14.
- 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.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., ... & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen*.
- Esterle, M., Sastre, M. T. M., & Mullet, E. (2011). Acceptability of sexual relationships between elderly people residing in nursing homes. *Sexuality and Disability*, 29(2), 157-164.
- De fauw, Nico et al. (2013). Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers - Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening. *Zorgnet Vlaanderen* Gevonden op: www.zorgneticuro.be/publicaties/het-taboe-doorbroken-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-tussen-zorgaanbieders-en
- Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123-151.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (2009). *Seksuologie*. 2e druk ed.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science & medicine*, 58(11), 2093-2103.
- Haesler, E., Bauer, M., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse education today*, 40, 57-71.

- Hartmans, C., Comijs, H., & Jonker, C. (2014). Cognitive functioning and its influence on sexual behavior in normal aging and dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(5), 441-446.
- Hayward, L. E., Robertson, N., & Knight, C. (2012). Inappropriate sexual behaviour and dementia: An exploration of staff experiences. *Dementia*, 1471301211434673.
- Ibrahim, C., & Reynaert, C. (2014). Hypersexuality in neurocognitive disorders in elderly people—a comprehensive review of the literature and case study. *Psychiatria Danubina*, 26(Suppl 1), 36-40.
- Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Canadian Family Physician*, 59(3), 255-260.
- Jones, C., & Moyle, W. (2016). Sexuality & dementia: An eLearning resource to improve knowledge and attitudes of aged-care staff. *Educational Gerontology*, 42(8), 563-571.
- Kile, S. J., Ellis, W. G., Olichney, J. M., Farias, S., & DeCarli, C. (2009). Alzheimer abnormalities of the amygdala with Klüver-Bucy syndrome symptoms: an amygdaloid variant of Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 66(1), 125-129.
- Knight, C., Alderman, N., Johnson, C., Green, S., Birkett-Swan, L., & Yorstan, G. (2008). The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(2), 129-159.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M., & Konno, R. (2015). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International journal of nursing practice*, 21(S2), 80-90.
- Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2584-2596.
- Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuws, S., & Gastmans, C. (2015). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing ethics*, 0969733015580813.
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International journal of nursing studies*, 48(9), 1140-1154.
- 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(12), 1891-1905.
- De Medeiros, K., Rosenberg, P. B., Baker, A. S., & Onyike, C. U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 26(4), 370-377.

- Mendez, M. F., & Shapira, J. S. (2013). Hypersexual behavior in frontotemporal dementia: a comparison with early-onset Alzheimer's disease. *Archives of sexual behavior*, 42(3), 501-509.
- McAuliffe, L., Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., & Chenco, C. (2015). Assessment of sexual health and sexual needs in residential aged care. *Australasian journal on ageing*, 34(3), 183-188.
- Mroczek, B., Kurpas, D., Gronowska, M., Kotwas, A., & Karakiewicz, B. (2013). Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of gerontology and geriatrics*, 57(1), 32-38.
- Palacios-Ceña, D., Martínez-Piedrola, R. M., Pérez-de-Heredia, M., Huertas-Hoyas, E., Carrasco-Garrido, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2016). Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: A qualitative study. *Geriatric Nursing*.
- Robinson, K. M., & Davis, S. J. (2013). Influence of cognitive decline on sexuality in individuals with dementia and their caregivers. *Journal of gerontological nursing*, 39(11), 30-36.
- Roelofs, T. S., Luijkx, K. G., & Embregts, P. J. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(03), 367-384.
- Rosenthal, M., Berkman, P., Shapira, A., Gil, I., & Abramovitz, J. (2002). Urethral masturbation and sexual disinhibition in dementia: a case report. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 40(1), 67-72.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: A survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187-194.
- Stein, G. L., Beckerman, N. L., & Sherman, P. A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421-435.
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, medethics-2011.
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 22(05), 683-692.
- Tune, L. E., & Rosenberg, J. (2008). Nonpharmacological treatment of inappropriate sexual behavior in dementia: the case of the pink panther. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 612-613.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014a). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2518-2527.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014b). Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate?. *International Psychogeriatrics*, 26(03), 403-412.

- Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., & Celdrán, M. (2015). What Happens in Their Bedrooms Stays in Their Bedrooms: Staff and Residents' Reactions Toward Male–Female Sexual Intercourse in Residential Aged Care Facilities. *The Journal of Sex Research*, 52(9), 1054-1063.
- Villar, F., Serrat, R., Celdrán, M., & Fabà, J. (2016). Attitudes Toward Masturbation Among Residents of Spanish Residential Aged Care Facilities. *Sexuality Research and Social Policy*, 13(2), 182-191.
- Villar, F., Serrat, R., Fabà, J., & Celdrán, M. (2015). As long as they keep away from me: attitudes toward non-heterosexual sexual orientation among residents living in Spanish residential aged care facilities. *The Gerontologist*, 55(6), 1006-1014.
- Zeiss, A. M., Davies, H. D., & Tinklenberg, J. R. (1996). An observational study of sexual behavior in demented male patients. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51(6), M325-M329.

6. Bijlagen

Bijlage 1: Welkomstbericht

Prevalentie van Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag Ouderen in Woon/zorgcentra in Vlaanderen

Bij deze wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het voorkomen (prevalentie) van seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen. Om u te helpen beslissen of u al of niet aan deze studie wil deelnemen, willen we u vragen om de onderstaande informatie door te nemen.

Inleiding

Over de seksualiteit van ouderen in zorginstellingen is weinig bekend. Ouderen zitten voor wat betreft het uiten van hun seksualiteit in een aparte positie. De publieke opvattingen over ouderen en seksualiteit zijn eerder negatief: seks tussen ouderen is 'vies'; ouderen zijn asexueel; en ouderen behoren dus ook geen seks te beoefenen. Kortom: seksualiteit van ouderen is omgeven met een taboe. Voor ouderen in zorginstellingen is het omgaan met hun seksuele gevoelens nog gecompliceerder. Ouderen in zorginstellingen worden in hun seksualiteitsbeleving mogelijk gehinderd door lichamelijke beperkingen, psychische problemen en/of een gebrek aan privacy. Omwille van die ervaren beperkingen is het mogelijk dat sommige bewoners seksueel grensoverschrijdend gedrag gaan stellen. Over dergelijke situaties is weinig vastgelegd in onderzoek.

Deze studie zal trachten in kaart te brengen hoe vaak seksueel grensoverschrijdend gedrag zich in Vlaamse zorginstellingen voor doet met een focus op: wie doet wat en hoe vaak?

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is dus om meer te weten te komen over seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen in zorginstellingen. Wie doet wat en hoe vaak? Om hier inzicht in te verkrijgen zullen er online vragenlijsten worden afgenomen bij medewerkers in verschillende Vlaamse zorginstellingen. De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van handelingsprotocollen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag bij zorginstanties. Deze protocollen kunnen op hun beurt zorgverleners weer helpen door duidelijkheid en zekerheid te verschaffen in lastige situaties. Verder geven de resultaten inzicht in een weinig onderzocht thema. Met deze inzichten kan eventueel een passende definitie voor seksueel grensoverschrijdend gedrag van ouderen in zorginstellingen worden gevonden.

Risico's/Ongemakken

In het onderzoek zijn zeer expliciete en concrete vragen opgenomen. We zijn ons ervan bewust dat u zich daar ongemakkelijk kunt bij voelen. Sommige vragen zullen overbodig lijken, maar zijn wel degelijk van belang. Situaties die u ondenkbaar lijken komen wellicht toch voor en willen we niet missen in ons onderzoek.

Voordelen

Deelname aan dit onderzoek levert u geen enkel persoonlijk voordeel op. Door deelname aan deze studie draagt u wel bij tot een wetenschappelijk onderzoek naar een domein waar nog weinig over bekend is. Protocollen die op basis van dit onderzoek gevormd worden kunnen uw werk wel vergemakkelijken.

Deelname en vertrouwelijkheid

Uw deelname gebeurt op vrijwillige basis. U kunt op elk moment besluiten dat u niet meer mee wil doen aan het onderzoek. De gegevens die we via de online vragenlijsten worden verkregen, worden anoniem opgeslagen en verwerkt.

Bijlage 2: Informed Consent formulier

[]

Ik verklaar op de hoogte te zijn van de volgende punten:

- **Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en ik kan mijn deelname op elk moment stoppen door de online vragenlijst te sluiten. Indien ik dat wens word ik op het einde van het onderzoek geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek.**

- **Deelname aan het onderzoek is éénmalig. Het invullen van de online vragenlijsten duurt ongeveer 20 minuten.**

- **Het verzamelen en verwerken van de gegevens en het behandelen van bewaren van de resultaten van het onderzoek verloopt strikt anoniem en vertrouwelijk.**

- **De bij het onderzoek betrokken onderzoekers waarborgen de privacy van de deelnemers.**

- **Deelnemers aan het onderzoek kunnen bij eventuele vragen over het onderzoek contact opnemen met Dhr. Anjo van der Ploeg via het mailadres anjojozef.vanderploeg@student.kuleuven.be**

*

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

Indien u instemt met deelname aan het onderzoek, vult u dan alstublieft hierboven JA in.
Zonder uw informed consent mogen wij uw gegevens niet gebruiken voor ons onderzoek.

Bijlage 3: Demografische gegevens vragenlijst

[]Bent u man of vrouw? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

Man

Vrouw

Andere

[]Wat is uw leeftijd? *

Elk antwoord moet tussen 1 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

[]Wat is uw opleidingsniveau? (hoogst behaalde diploma) *

Vul uw antwoord hier in:

[]Wat is uw functie binnen de instantie waar u werkt? *

Vul uw antwoord hier in:

[]Verleent u zorg aan ouderen binnen uw functie? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

[]Hoeveel jaren bent u al werkzaam als zorgverlener?

Elk antwoord moet tussen 0 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

Bijlage 4: Prevalentie vragenlijst: Ooit

[]

Is er ooit terwijl u aan het werk was, sprake van geweest dat een patiënt/bewoner...

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Eén keer	Meerdere keren	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
Ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar anderen terwijl u er bij was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U op een ongewenste seksuele manier aanraakte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft geprobeerd u te ontkleden (tegen uw zin in)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U gedwongen heeft tot seksuele handelingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U geprobeerd heeft te verkrachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U gedwongen heeft om naar seksuele beelden te kijken waar u dat niet wou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zichzelf heeft ontkleed/niet volledig aangekleed en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Openlijk masturbeerde waar anderen bij waren en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onwenselijk seksueel gedrag heeft vertoond op een andere manier?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Heeft u ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt dat niet in de bovenstaande lijst voorkwam? Indien ja, omschrijf s.v.p. het gedrag.

Vul uw antwoord hier in:

Indien niet van toepassing, mag u het leeglaten.

Bijlage 5: Prevalentie vragenlijst: afgelopen drie maanden

[]

Is er de afgelopen 3 maanden sprake van geweest dat een patiënt/bewoner...

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Eén keer	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
Ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongepaste (kwetsende) seksuele opmerkingen maakte naar anderen terwijl u er bij was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U op een ongewenst seksuele manier aanraakte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft geprobeerd u te ontkleden (tegen uw zin in)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U gedwongen heeft tot seksuele handelingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U geprobeerd heeft te verkrachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U gedwongen om naar seksuele beelden te kijken waar u dat niet wou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zichzelf heeft ontkleed/niet volledig aangekleed en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Openlijk masturbeerde waar anderen bij waren en daardoor de integriteit van de mensen om hem/haar heen schaadde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onwenselijk seksueel gedrag heeft vertoond op een andere manier?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bijlage 6: Prevalentie vragenlijst: gesloten vragen

[]Indien u te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners, in welke mate heeft dit u gekwetst? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Niet van toepassing
- Helemaal niet
- Eerder niet
- Eerder wel
- Helemaal wel

[]In hoeveel procent van de gevallen betreft het een mannelijke persoon die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond? *

Elk antwoord moet tussen 0 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

[]In hoeveel procent van de gevallen betreft het een persoon met dementie die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond? *

Elk antwoord moet tussen 0 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

[]Zijn het vaak dezelfde mensen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

[]Hoe groot schat u het percentage patiënten/bewoners dat helemaal nooit seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont? *

Elk antwoord moet tussen 0 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

[] In hoeveel procent van de gevallen betreft het een persoon die cognitief nog goed functioneert die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond? *

Elk antwoord moet tussen 0 en 100 zijn

Vul uw antwoord hier in:

[] Beschikt u over de vaardigheden/mogelijkheden om op een adequate manier met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners om te gaan? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

[] Heeft u het gevoel voldoende kennis te hebben om op een adequate om te gaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag van patiënten/bewoners? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

[] Is er binnen de organisatie waar u werkzaam bent een handelingsprotocol opgezet voor het omgaan met seksueel grensoverschrijdende situaties? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee
 Ik weet het niet

[] Heeft u in de dagelijkse praktijk genoeg tijd om seksueel grensoverschrijdend gedrag te rapporteren? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

[] Bij welke instantie(s) wenst u seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen rapporteren? (aanvinken wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk) *

Selecteer alle mogelijkheden:

- Collega
- Diensthoofd/hoofdverpleegkundige
- Manager/directie
- Preventieadviseur/Arbeidsgeneesheer
- Sociale dienst
- Politie
- Overig

[] Gelieve hier in te vullen waar u wenst seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen rapporteren indien u bij de vorige vraag overig heeft ingevoerd.

Vul uw antwoord hier in:

Indien u bij de vorig vraag geen overig heeft ingevoerd kunt u deze vraag leeg laten.

[] Is het wel voorgekomen dat u een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft geprobeerd te vermijden? Voorbeeld: Een taak doorgeven zodat u niet het risico loopt in een vervelende situatie te komen? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

[] Dient seksueel grensoverschrijdend gedrag van demente en niet demente personen verschillend benadert te worden? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Bijlage 7: Prevalentie vragenlijst: open vragen

Er volgen nu enkele open vragen. Probeer u deze alstublieft beknopt te beantwoorden.

[]- Bij wie kan u terecht in een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag in uw organisatie (geeft u alstublieft de functie van deze persoon of dit team aan, niet de naam)? *

Vul uw antwoord hier in:

[]Wanneer is het volgens u nodig om seksueel grensoverschrijdend gedrag te rapporteren? *

Vul uw antwoord hier in:

[]Wat is voor u grensoverschrijdend gedrag? *

Vul uw antwoord hier in:

Bijlage 8: ASKAS

Vragenlijst uit:

Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2584-2596

De ASKAS – Kennisgedeelte

Instructies

Het kennisgedeelte bestaat uit 26 kennisvragen rond seksualiteit bij ouderen die beantwoord kunnen worden met: "waar", "niet waar" of "ik weet het niet".

Neem rustig de tijd om deze vragen te beantwoorden. Indien u het antwoord niet weet, vult u gewoon 'ik weet het niet' in. Gelieve telkens maar één vierkantje aan te duiden. Al uw antwoorden blijven anoniem.

1. Seksuele activiteit houdt voor ouderen (65+) vaak een gevaar in voor hun gezondheid. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
2. Bij oudere vrouwen (65+) geldt dat er meer tijd nodig is om voldoende vaginaal vochtig te worden dan bij jongere vrouwen. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
3. Oudere vrouwen kunnen de penetratie als pijnlijk ervaren omwille van een verminderde elasticiteit van de vagina en door het verminderd vaginaal vochtig worden. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
4. Voor seksualiteit geldt dat het per definitie een levenslange behoefte is. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
5. Seksueel gedrag bij ouderen (65+) verhoogt het risico op een hartaanval. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
6. De meeste oudere mannen (65+) zijn niet meer in staat tot penetratie. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet

<p>7. Het is aangetoond dat seksuele activiteit voor ouderen gunstige lichamelijke effecten heeft.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>8. Seksuele activiteit kan voor ouderen ook psychologisch gunstige effecten hebben.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>9. De meeste oudere vrouwen zijn seksueel minder gevoelig.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>10. Bij oudere mannen ouder (65+) geldt dat de nood (drang) aan seks toeneemt naarmate men ouder wordt.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>11. Voorgescreven geneesmiddelen kunnen het seksueel verlangen van een persoon beïnvloeden.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>12. Na de menopauze hebben vrouwen een fysiologisch veroorzaakte nood aan (drang naar) seksuele activiteit.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>13. Veranderingen op seksueel gebied die gepaard gaan met het ouder worden (65+) hebben vooral te maken met een vertraging van de reactietijd en niet zozeer met een verminderde interesse in seks.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>14. De frequentie van seksuele activiteit bij oudere koppels wordt vooral bepaald door de interesse of het gebrek aan interesse van de echtgenoot in een seksuele relatie met zijn vrouw.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>15. Slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen en alcohol kunnen het niveau van seksuele opwinding bij ouderen verlagen en het seksueel actief zijn in de weg staan.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>16. Seksuele desinteresse bij ouderen kan een weerspiegeling zijn van een psychische toestand van depressie.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>17. De frequentie van seksuele activiteit bij mannen neemt af naarmate men ouder wordt.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>18. Er is bij het ouder worden bij mannen een grotere daling in seksualiteit dan bij vrouwen.</p> <p><input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet</p>
<p>19. Een belangrijke factor in het behoud van seksuele gevoeligheid bij ouder wordende mannen is het blijvend seksueel actief zijn doorheen hun hele leven.</p>

<input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
20. Bij oudere mannen kan de angst om seksueel niet te presteren de oorzaak zijn van seksueel onvermogen. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
21. Het stopzetten van de seksuele activiteit op latere leeftijd is het meest waarschijnlijk en voornamelijk te wijten aan sociale en psychologische oorzaken, eerder dan aan biologische en lichamelijke oorzaken. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
22. Overdadig masturbatie kan leiden tot een vroegtijdig begin van geestelijke verwarring en dementie bij ouderen. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
23. Na de menopauze is er bij vrouwen sprake van een onvermijdelijk verlies van seksuele bevrediging. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
24. In vergelijking met jongere mannen neemt impotentie zonder fysiologische oorzaak toe bij mannen ouder dan 60. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
25. In afwezigheid van ernstige fysieke beperkingen kunnen mannen en vrouwen hun seksuele interesse en activiteit behouden tot ver boven de leeftijd van 80 en 90. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet
26. Masturbatie bij oudere mannen en vrouwen heeft een positief effect op het behoud van seksueel actief zijn. <input type="checkbox"/> Waar <input type="checkbox"/> Niet waar <input type="checkbox"/> Ik weet het niet

De ASKAS- Attitudegedeelte

Instructies

Het attitudegedeelte bevat 25 stellingen over ouderenseksualiteit die u als deelnemer moet scoren op een schaal die gaat van "volledig eens" tot "volledig oneens" met de stelling.

1	2	3	4	5	6	7
Helemaal oneens	Oneens	Gedeeltelijk oneens	Noch oneens, noch eens	Gedeeltelijk eens	Eens	Volledig eens

Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Gelieve de itemlijst spontaan in te vullen. Gelieve telkens maar één cijfer te omcirkelen. Uw anonimiteit blijft verzekerd.

<p>1. Ouderen (65+) hebben weinig interesse in seksualiteit.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>2. Een oudere persoon die seksuele interesse toont, maakt zichzelf te schande.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>3. Instellingen zoals woonzorgcentra zouden eender welke vorm van seksuele activiteit niet mogen aanmoedigen of ondersteunen.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>4. Mannelijke en vrouwelijke bewoners in een woonzorgcentrum zouden op verschillende verdiepingen of in aparte afdelingen van dit woonzorgcentrum moeten leven.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>5. Woonzorgcentra zijn niet verplicht om voldoende privacy te voorzien voor bewoners die alleen wensen te zijn, hetzij alleen hetzij als koppel.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>6. Naarmate een persoon ouder wordt (65+) verdwijnt onvermijdelijk de interesse voor seksualiteit.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>7. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik mijn beklag doen bij de directie.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>8. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik mijn familielid uit deze instelling weghalen.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>9. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik niet tussenkomen aangezien het mijn zorg niet is.</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>

1	2	3	4	5	6	7
Helemaal oneens	Oneens	Gedeeltelijk oneens	Noch oneens, noch eens	Gedeeltelijk eens	Eens	Volledig eens
10. Indien ik zou weten dat een bepaald woonzorgcentrum seksuele activiteit toestaat en ondersteunt bij bewoners die dit wensen, dan zou ik mijn familielid nooit in dit woonzorgcentrum plaatsen.						
1	2	3	4	5	6	7
11. Het is immoreel voor oudere personen om zich met seksualiteit in te laten.						
1	2	3	4	5	6	7
12. Ik zou graag meer willen weten over de veranderingen in het seksueel functioneren op oudere leeftijd.						
1	2	3	4	5	6	7
13. Ik vind dat ik alles weet wat ik moet weten over seksualiteit bij ouderen.						
1	2	3	4	5	6	7
14. Ik zou bij de directie gaan klagen als ik weet had van seksuele activiteit tussen bewoners in een woonzorgcentrum.						
1	2	3	4	5	6	7
15. Ik zou informatiesessies inzake ouderenseksualiteit voor ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven, ondersteunen.						
1	2	3	4	5	6	7
16. Ik zou informatiesessies omtrent ouderenseksualiteit voor het personeel in woonzorgcentra ondersteunen.						
1	2	3	4	5	6	7
17. Masturbatie is een aanvaardbare seksuele activiteit voor oudere mannen.						
1	2	3	4	5	6	7
18. Masturbatie is een aanvaardbare seksuele activiteit voor oudere vrouwen.						
1	2	3	4	5	6	7
19. Instellingen zoals woonzorgcentra, zouden bedden dienen te voorzien die groot genoeg zijn voor koppels die wensen om samen te slapen.						
1	2	3	4	5	6	7
20. Personeel in woonzorgcentra zou getraind en geschoold moeten zijn inzake seksualiteit bij ouderen en personen met een beperking.						
1	2	3	4	5	6	7
21. Bewoners van een woonzorgcentrum, horen zich niet in te laten met seksuele activiteiten van eender welke aard dan ook.						
1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Helemaal oneens	Oneens	Gedeeltelijk oneens	Noch oneens, noch eens	Gedeeltelijk eens	Eens	Volledig eens
22. Instellingen zoals woonzorgcentra, moeten mogelijkheden bieden voor de sociale interactie tussen mannen en vrouwen.						
1	2	3	4	5	6	7
23. Instellingen zoals woonzorgcentra, zouden privacy moeten voorzien zodat bewoners seksueel actief kunnen zijn zonder angst om te worden lastiggevalen of gezien.						
1	2	3	4	5	6	7
24. Indien familieleden er bezwaar tegen hebben dat een familielid die weduwe/weduwnaar is, een seksuele relatie aangaat met een andere bewoner van het woonzorgcentrum, dan is het de plicht van de directie en het personeel om ervoor te zorgen dat die seksuele activiteiten worden voorkomen.						
1	2	3	4	5	6	7
25. Seksuele relaties buiten de context van het huwelijk zijn altijd verkeerd.						
1	2	3	4	5	6	7

Bijlage 9: SOS

Sexual Opinion Survey ontwikkeld door W.A. Fisher, D. Byrne, L.A. White en K. Kelley (1988). Bewerkt door E. Laan en S. Both (1997).

Verkregen via email contact met Ellen Laan.

Dit is de laatste vragenlijst. Vult u alstublieft een getal in op de schaal van 1-7, waarbij 1 staat voor: Helemaal mee eens en 7 staat voor: Helemaal niet mee eens.

1. Ik vind het heel leuk om naar erotisch materiaal te kijken.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

2. Erotisch materiaal is beslist vies en men zou niet moeten proberen het anders te omschrijven.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Naaktzwemmen met iemand van het andere geslacht lijkt mij een spannende ervaring.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Masturberen kan spannend zijn.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

5. Als ik erachter zou komen dat een goede vriend(in) homoseksueel was, zou mij dat storen.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Als men zou denken dat ik geïnteresseerd ben in orale seks, zou mij dat in verlegenheid brengen.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

7. Deelname aan groepsseks is een leuk idee.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

8. Ik vind het denken aan geslachtsgemeenschap opwindend.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

9. Het zien van een seksfilm vind ik seksueel opwindend.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

10. De gedachte dat ik misschien homoseksuele neigingen heb, zou mij zorgen baren.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

11. Het idee mij lichamelijk aangetrokken te voelen tot iemand van hetzelfde geslacht geeft mij een vervelend gevoel.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

12. Bijna al het erotisch materiaal is misselijkmakend.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

13. Ik zou van streek raken als ik iemand zou zien die zich in het openbaar bloot vertoont.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

14. Kijken naar een stripper van het andere geslacht lijkt mij spannend.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

15. Ik zou genieten van het zien van een seksfilm.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

16. Als ik afbeeldingen zou zien van iemand van mijn eigen geslacht die aan het masturberen is, word ik misselijk.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

17. De gedachte deel te nemen aan ongebruikelijke seksuele handelingen is zeer opwindend.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

18. Het stimuleren van mijn geslachtsdelen zou mij opwinden.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

19. Ik geniet van dagdromen over seks.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

20. Ik ben nieuwsgierig naar erotisch materiaal.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

21. De gedachte langdurige seksuele relaties te hebben met meer dan één seksuele partner stoot mij af.

helemaal mee eens	1	2	3	4	5	6	7	helemaal mee oneens
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

*Sexual Opinion Survey ontwikkeld door W.A. Fisher, D. Byrne, L.A. White en K. Kelley (1988).
Bewerkt door E. Laan en S. Both (1997).*

Bijlage 10: Gemiddelden op 7-puntsschaal bij de ASKAS-Attituden vragen.

1 = Helemaal oneens, 7 = Helemaal eens

	N	Min	Max	Gem.	Std. Afw
1. Ouderen (65+) hebben weinig interesse in seksualiteit.	116	1	6	2,52	1,261
2. Een oudere persoon die seksuele interesse toont, maakt zichzelf te schande.	116	1	5	1,59	,845
3. Instellingen zoals woonzorgcentra zouden eender welke vorm van seksuele activiteit niet mogen aanmoedigen of ondersteunen.	116	1	7	1,85	1,105
4. Mannelijke en vrouwelijke bewoners in een woonzorgcentrum zouden op verschillende verdiepingen of in aparte afdelingen van dit woonzorgcentrum moeten leven.	116	1	5	1,22	,541
5. Woonzorgcentra zijn niet verplicht om voldoende privacy te voorzien voor bewoners die alleen wensen te zijn, hetzij alleen hetzij als koppel.	116	1	7	1,65	1,239
6. Naarmate een persoon ouder wordt (65+) verdwijnt onvermijdelijk de interesse voor seksualiteit.	116	1	6	2,09	1,146
7. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik mijn beklag doen bij de directie.	116	1	5	1,75	,959
8. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik mijn familielid uit deze instelling weghalen.	116	1	4	1,57	,701
9. Als een familielid van mij in een woonzorgcentrum een seksuele relatie zou hebben met een andere bewoner, dan zou ik niet tussenkomen aangezien het mijn zorg niet is.	116	1	7	4,15	1,843
10. Indien ik zou weten dat een bepaald woonzorgcentrum seksuele activiteit toestaat en ondersteunt bij bewoners die dit wensen, dan zou ik mijn familielid nooit in dit woonzorgcentrum plaatsen.	116	1	5	1,44	,738
11. Het is immoreel voor oudere personen om zich met seksualiteit in te laten.	116	1	4	1,41	,711
12. Ik zou graag meer willen weten over de veranderingen in het seksueel functioneren op oudere leeftijd.	116	1	7	5,79	1,563
13. Ik vind dat ik alles weet wat ik moet weten over seksualiteit bij ouderen.	116	1	7	2,81	1,719
14. Ik zou bij de directie gaan klagen als ik weet had van seksuele activiteit tussen bewoners in een woonzorgcentrum.	116	1	7	1,64	1,042

15. Ik zou informatiesessies inzake ouderenseksualiteit voor ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven, ondersteunen.	116	1	7	6,06	1,511
16. Ik zou informatiesessies omtrent ouderenseksualiteit voor het personeel in woonzorgcentra ondersteunen.	116	1	7	6,19	1,426
17. Masturbatie is een aanvaardbare seksuele activiteit voor oudere mannen.	116	1	7	5,72	1,640
18. Masturbatie is een aanvaardbare seksuele activiteit voor oudere vrouwen.	116	1	7	5,75	1,620
19. Instellingen zoals woonzorgcentra, zouden bedden dienen te voorzien die groot genoeg zijn voor koppels die wensen om samen te slapen.	116	1	7	5,97	1,526
20. Personeel in woonzorgcentra zou getraind en geschoold moeten zijn inzake seksualiteit bij ouderen en personen met een beperking.	116	1	7	5,97	1,432
21. Bewoners van een woonzorgcentrum, horen zich niet in te laten met seksuele activiteiten van eender welke aard dan ook.	116	1	7	1,77	1,240
22. Instellingen zoals woonzorgcentra, moeten mogelijkheden bieden voor de sociale interactie tussen mannen en vrouwen.	116	1	7	5,89	1,630
23. Instellingen zoals woonzorgcentra, zouden privacy moeten voorzien zodat bewoners seksueel actief kunnen zijn zonder angst om te worden lastiggevallen of gezien.	116	1	7	6,21	1,335
24. Indien familieleden er bezwaar tegen hebben dat een familielid die weduwe/weduwnaar is, een seksuele relatie aangaat met een andere bewoner van het woonzorgcentrum, dan is het de plicht van de directie en het personeel om ervoor te zorgen dat die seks	116	1	7	2,34	1,504
25. Seksuele relaties buiten de context van het huwelijk zijn altijd verkeerd.	116	1	7	2,42	1,745
