

Datum: 19 december 2016

Door: Henk Herman Nap, Dirk Lukkien & Sandra Suijkerbuijk

Verkenning

Intimiteit & Seksualiteit in de Ouderenzorg

december 2016

Inhoud

1 Inleiding.....	4
2 Intimiteit & Seksualiteit in de ouderenzorg.....	5
2.1 Grote diversiteit in wensen en behoeften.....	6
2.2 In het nieuws.....	7
2.3 Taboe doorbreken?.....	8
2.4 Verpleeghuis (steeds) meer als thuis.....	8
2.5 Specifieke aandacht voor LHBT-ouderen.....	9
3 Beschikbare kennis en tools	11
4 Kennis en ervaring bij het zorgpersoneel	13
4.1 Ontwikkelingen bij zorgorganisaties en medewerkers	13
4.2 Praten over het onderwerp	16
5 Conclusie & Aanbevelingen.....	19
6 Dankwoord	21

1 Inleiding

In opdracht van VWS is er binnen Waardigheid & Trots een verkenning uitgevoerd om te komen tot een eerste inventarisatie van relevante tools en literatuur evenals vraagstukken over intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg. De volgende onderzoeksvragen zijn meegenomen in de verkenning:

- Welke kennis en tools zijn er beschikbaar?
- In welke mate is het nu een taboe in verpleeghuizen?
- Is het personeel voldoende toegerust om hier aandacht aan te besteden?
- Wat is nodig om het onderwerp verder te brengen?

In oktober en november 2016 is er deskresearch uitgevoerd en zijn er meerdere gesprekken gevoerd met relevante stakeholders, waaronder ervaringsdeskundigen en academici (zie, 7 Dankwoord). In dit document zetten we uiteen wat in deze verkenning naar voren is gekomen en doen we aanbevelingen over hoe dit onderwerp verder kan worden gebracht in de ouderenzorg.

Het deskresearch en de interviews hebben een waardevol inzicht gegeven in de problematiek die speelt rondom intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg en de mate waarin zorgorganisaties en medewerkers toegerust zijn om hier adequaat mee om te gaan en op in te spelen. Intimiteit en seksualiteit blijven basisbehoeftes gedurende het hele leven van mensen, óók als ze al op leeftijd zijn. Terwijl bewoners zelf over het algemeen niet snel zelf aan de bel zullen trekken om het onderwerp bespreekbaar te maken, is het personeel van verpleeghuizen doorgaans onvoldoende toegerust om gedegen aandacht te besteden aan het thema. Er is behoefte aan deskundigheidsbevordering in educatie en praktische training, omdat dit voornamelijk te maken heeft met gespreksverlegenheden van medewerkers. Veel medewerkers vinden het lastig om dit onderwerp bespreekbaar te maken omdat ze bijvoorbeeld niet weten wat de grenzen zijn en wat men wel en niet kan bespreken. Wel zijn er een aantal koplopers die het onderwerp al voortvarend hebben opgepakt, waaronder Archipel, Alrijne, Attent en BrabantZorg, Inovum en TriviumMeulenbeltZorg. Uit de verkenning blijkt dat het thema vraagt om nuance en aandacht voor individuele behoeften. Het is belangrijk om een veilige omgeving te creëren waarin dit onderwerp rustig besproken kan worden, des te meer voor bijvoorbeeld LHBT-ouderen die niet of minder gewend zijn om er openlijk over te praten. Naast het belang van goede communicatie ligt er ook een belangrijke rol voor beleid in organisaties. Het is onder andere belangrijk om draagvlak binnen de organisatie te creëren; een centraal aanspreekpunt voor medewerkers is nodig; er zal kritisch gekeken kunnen worden naar beschikbaar materiaal; faciliteiten kunnen worden aangeboden en de omgeving worden ingericht en er is meer kennisdeling en samenwerking nodig. Daarnaast zou een online monitor, zoals die er ook in Vlaanderen is, van meerwaarde zijn om cijfers vanuit Nederland boven tafel te krijgen.

2 Intimiteit & Seksualiteit in de ouderenzorg

In de Johannes Rutgerslezing uit 2014 (Kim Putters SCP) is beschreven dat de ouder wordende maatschappij bestaat uit steeds hoger opgeleide, geëmancipeerde, koopkrachtige en eigenwijze mensen, die wellicht niet allemaal meer ´huppelend´ over de arbeidsmarkt gaan, maar nog wel allerlei vormen van seksualiteit ervaren en willen ervaren. Volgens Putters (2014) lijkt het *nieuwe taboe* rond seksualiteit *dat ouderen seks hebben*. Dit terwijl een groot deel van de ouderen nog seksueel actief is. Van de Nederlandse ouderen tussen de 55 en 70 jaar heeft 79 procent van de mannen en 65 procent van de vrouwen in het afgelopen half jaar seks in brede zin des woords gehad.¹

75% van de verpleegkundigen en verzorgenden krijgt te maken met seksuele behoeftes van bewoners, terwijl meer dan 50% van deze groep zelden tot nooit informeert naar de seksuele gezondheid. Echter, cijfermatige gegevens over *hoe* medewerkers omgaan met seksualiteit en intimiteit bij ouderen zijn in Nederland niet beschikbaar, maar wel in Vlaanderen. Uit een pilot onderzoek door de hogeschool Odisee bij multidisciplinaire teams in 5 Vlaamse woonzorgcentra blijkt dat seksualiteit en intimiteit bij ouderen tot de dagelijkse realiteit behoren.² In een vervolgstudie in samenwerking met consultancy bureau JVV Q in Zorg zijn 766 Vlaamse woonzorgcentra gecontracteerd en in totaal vulden 393 deelnemers deze in.³ De meerderheid van de deelnemers erkent dat ouderen seksuele en intieme behoefte hebben en staat positief tegenover het feit dat ouderen seksueel actief zijn in hun woonzorgcentrum. 70% gaf aan dat zij dagelijks in hun werk geconfronteerd worden met seksualiteit van bewoners en 40% weet vaak niet wat te doen in een dergelijke situatie en er is dan ook behoefte aan scholing en training. Ondanks dat een meerderheid aangaf dat het thema bespreekbaar is met collega's, gaf meer dan 40% aan dat er vaak lacherig gedaan wordt over het thema. Uiteraard verschilt de Vlaamse cultuur met de Nederlandse cultuur en zou er in vervolgonderzoek via een web-enquête onderzocht kunnen worden hoe medewerkers in Nederlandse woonzorgcentra omgaan met het thema.

Verschillende wetenschappelijke studies hebben de attitude van zorgprofessionals ten opzichte van seksualiteit en intimiteit bij cliënten onderzocht. Een studie van Gilmer et al. (2010)⁴ uit Nieuw-Zeeland wijst bijvoorbeeld uit dat de meerderheid van de medewerkers in de intramurale ouderenzorg gelooft dat bewoners seksuele behoeften hebben die moeten worden erkend en ondersteund, maar dat de expressie van seksualiteit vaak ongemak creëert en dat de behoeften vaak niet worden getoetst of tegemoet worden gekomen via een teamaanpak. Het gebrek aan privacy, negatieve houdingen van personeel en familie evenals de moeilijkheid van het managen van risico's maken het adequaat reageren op seksualiteit een complex vraagstuk. Daarnaast wordt binnen de literatuurreview van Mahieu et al. (2011)⁵ een aantal studies vergeleken waarin relaties zijn onderzocht tussen demografische factoren - bijvoorbeeld leeftijd, educatieniveau, geloofsovertuiging - en de kennis van medewerkers over en hun attitude ten opzichte van seksualiteit bij ouderen. Hoewel de gevonden relaties verschillen per studie en de resultaten niet altijd dezelfde kant op wijzen, komt in deze review bijvoorbeeld naar voren dat verpleegkundigen *steeds beter geïnformeerd* zijn over de seksualiteit van oudere bewoners en hun houding ten opzichte van dit onderwerp positiever is *naarmate hun eigen leeftijd toeneemt*. De literatuurreview geeft in grote lijnen weer wat de kennis, attitudes en ervaringen van verpleegkundigen zijn ten opzichte van seksualiteit bij ouderen in de intramurale zorg en stelt dat meer onderzoek nodig is als men wil dat de seksuele behoeften van bewoner

¹ <http://www.seksindepraktijk.nl/werkterreinen/de-ouderenzorg/faq-ouderen-en-seksualiteit>

² van Velthoven, J., Messelis, E. & van Houdenhove, E. Geron (2016) 18: 49. doi:10.1007/s40718-016-0020-3

³ <http://www.ginz.be/images/samenvatting-onderzoek-seksualiteit-en-intimiteit.pdf>

⁴ Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., & Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(3), 17-25.

⁵ 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.

erkend worden. Volgens de auteurs is er vooral meer diepgaand kwalitatief onderzoek nodig waarin de ervaringen van verpleegkundigen en managers worden verkend. In de review van Roelofs, Luijckx en Embregts (2015)⁶ over intimiteit en seksualiteit bij mensen met dementie in de intramurale zorg komen veel relevante bevindingen uit wetenschappelijke studies naar voren die betrekking hebben op de omgang met seksualiteit en intimiteit bij mensen met dementie in de intramurale zorg. Het komt bijvoorbeeld naar voren dat managers een meer conservatieve houding ten opzichte van seksuele expressie tonen dan verzorgend personeel; dat veel zorgmedewerkers de seksuele belangen, geschiedenis of geaardheid niet bespreken tijdens een intakegesprek en in het algemeen geen positief intiem of seksueel gedrag in zorgplannen en rapporten noemen; of dat verzorgend personeel voor wie religie minder belangrijk is vaker rapporteren over seksueel gedrag bij bewoners. Ook wordt het ontbreken van richtlijnen of formeel beleid volgens verschillende studies beschouwd als een tekortkoming en wordt aangegeven dat verzorgend personeel onder deze omstandigheden meer kans heeft dat ze uitingen van seksualiteit als "probleemgedrag" opvatten.

Vanuit de Tweede Kamer zijn er in 2015 en ook recentelijk Kamervragen beantwoordt door Staatssecretaris Van Rijn (VWS) over het taboe over seks in de ouderenzorg⁷. Verder hebben Rutgers, Saxion, Unie KBO, ActiZ, NCZO, Viattence, Hogeschool Zuyd en de Open Universiteit een Position paper/Manifest⁸ opgesteld, waarin de aanbevelingen worden gedaan om *"intimiteit en seksualiteit meer expliciet, en als onlosmakelijk verbonden aan kwaliteit van leven, aan bod te laten komen in opleidingen voor zorgprofessionals [...] ruimte te creëren voor het onderwerp intimiteit en seksualiteit als gespreksonderwerp [en] privacy voor iedereen te waarborgen, bijvoorbeeld op bepaalde plekken en tijdstippen."* Tijdens een expertbijeenkomst voor verzorgenden, verpleegkundigen en teamleiders in de ouderenzorg is gesproken over intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg (9 juni, 2016). Deze bijeenkomst is georganiseerd vanuit de samenwerking met Rutgers, ActiZ en Vilans. Er bleek tijdens deze bijeenkomst een groot animo te zijn om over het thema te spreken, met een overschrijding van belangstellenden uit de doelgroep. Het thema speelt zeker een rol in de langdurende zorgpraktijk, waaronder binnen de intramurale ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Medewerkers hebben dagelijks complexe dilemma's vanwege het onderwerp en er is behoefte om te verkennen wat er precies in het veld speelt, hoe organisaties omgaan met het thema en hoe wij deze ervaringen en kennis beter kunnen delen. Ondanks dat er tools en kennis beschikbaar zijn, zijn deze niet gebundeld en tijdens de expertbijeenkomst en ook tijdens de workshop sessie over Seksualiteit en Intimiteit in de Ouderenzorg tijdens het congres Nieuwe Generatie Ouderenzorg op 30 november 2016⁹ bleek dat er behoefte is aan een geschikte en bekende centrale plaats, bijvoorbeeld op www.ZorgvoorBeter.nl, maar ook binnen organisaties zelf (bijv. op intranet).

2.1 Grote diversiteit in wensen en behoeften

Uit de wetenschappelijke literatuur en interviews met experts komt naar voren dat ouderen zeer divers zijn in levenservaringen, opleiding, wensen, en bijvoorbeeld ook in het wel of niet hebben van een partner. Ouderen zijn als groep meer divers dan jongeren en mede vanwege deze diversiteit zijn er ook grote verschillen in de wensen en behoeften op het gebied van intimiteit en seksualiteit. Er zijn bijvoorbeeld ouderen die op latere leeftijd meer seksueel ontremd raken, met name bij dementie; ouderen die zonder hun partner in een verpleeghuis wonen maar wanneer hun partner op bezoek is wel bepaalde behoeften hebben op het gebied van seksualiteit, intimiteit en privacy; of ouderen waarvoor seksualiteit een afgesloten hoofdstuk is, maar intimiteit nog wel een rol speelt. De gelijkwaardigheid tussen partners in een relatie kan met de tijd veranderen. Volgens Tineke Roelofs (Tilburg University) is het vooral niet altijd even makkelijk op het moment

⁶ Roelofs, T. S.M., Luijckx, K. G., & Embregts, P. J. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(03), 367-384.

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/04/28/beantwoording-kamervragen-over-het-taboe-op-seks-in-de-ouderenzorg>

⁸ <http://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/pdf/20150317%20Position%20Paper%20Intimiteit%20en%20kwaliteit%20van%20leven.pdf>

⁹ <http://eennieuwegeneratieouderenzorg.nl/programma/>

dat je partner een patiënt is geworden. Relaties kunnen veranderen, waarin liefde en samenzijn belangrijker kunnen zijn dan seksualiteit. Aangezien ouderen zo'n diverse groep is, zou er stratificatie gebruikt kunnen worden om de thematiek beter in kaart te brengen. Stratificatie zou uitgevoerd kunnen worden op generaties vanuit een sociologisch en gerontologisch perspectief. Er zijn bijvoorbeeld verschillen te verwachten in het bespreekbaar maken van het onderwerp tussen mensen van de vooroorlogse generatie (geboren tussen 1910-1930), de stille generatie (1931-1940) en de protestgeneratie ofwel de babyboomgeneratie (1941-1955). Het is te verwachten dat de babyboomgeneratie - mensen die voor hun pensioen zitten of recent met pensioen zijn gegaan - wellicht vrijer zijn in het bespreken van het thema dan de vooroorlogse- en stille generatie. Het thema vergt nuance en aandacht voor de individuele behoeften van de ouder wordende mens en zijn partner. Tineke Roelofs gaf in het interview verder aan dat er goed moet worden stilgestaan bij de complexiteit van het thema en worden uitgegaan van de diversiteit van ouderen in het gesprek over het onderwerp.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt verder dat de seksuele behoeften van ouderen in de westerse samenleving door stereotiep denken, onwetendheid en vooroordelen vaak over het hoofd gezien of genegeerd. Dit terwijl deze vergelijkbaar zijn met die van de jongeren, maar variëren in frequentie, intensiteit en wijze van uitdrukken¹⁰. In de eerder genoemde literatuurreview van Roelofs is beschreven hoe breed het spectrum is, variërend van emotionele intimiteit, zoals vriendschappen, tot seksuele opwindning en seksuele activiteit. Vraagstukken over het thema zou je op individueel niveau willen behandelen, ofwel persoonsgericht. Dit is in lijn met Benbow & Beeston (2012)¹¹, die aanraden om verder te onderzoeken hoe medewerkers ondersteund kunnen worden bij het leveren van holistische persoonsgerichte zorg waarbij bijvoorbeeld ook omgevingskwesaties (bijvoorbeeld bij groepswonen) in acht worden genomen. Bauer et al. (2013a)¹² beschrijven op basis van interviews met 16 oudere bewoners, 5 met dementie, de behoeften en belemmeringen voor de expressie van de seksualiteit in de langdurige zorg. Zij geven aan dat inwoners, voornamelijk inwoners met dementie, een voortdurende behoefte en wens hebben om hun seksualiteit te uiten en dat wijze waarop verschillend is per persoon.

2.2 In het nieuws

Uit de online verkenning - uit de grijze literatuur - blijkt dat er aandacht is voor het thema en er wordt dan ook in verschillende nieuwsberichten, blogs en magazines geschreven over intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg. Trouw heeft in 2015 - gebaseerd op verschillende gesprekken met experts en ervaringsdeskundigen - een artikel uitgebracht waarin wordt beschreven dat er steeds meer aandacht voor seks en intimiteit is in het verzorgingstehuis.¹³ Er is echter ook minder positieve berichtgeving rondom dit onderwerp, bijvoorbeeld in 2010 door Skipr, dat beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging NU'91 alarm slaat over het stilzwijgend verlenen van seksuele diensten door verzorgenden in de thuiszorg.¹⁴ En een artikel in het Tijdschrift voor Verzorgenden uit 2012¹⁵ beschrijft dat verzorgenden over het algemeen weinig aandacht besteden aan de seksualiteit van hun cliënt, terwijl deze wel degelijk seksuele behoeftes hebben. Daarom worden hierin ook een aantal tips gegeven over hoe je als verzorgende om kan gaan met cliënten en seks. Voor meer nieuwsitems, zie¹⁶.

¹⁰ Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2004). Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2), S43-S47.

¹¹ Benbow, S. M., & Beeston, D. (2012). Sexuality, aging, and dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(07), 1026-1033.

¹² Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013a). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*, 4(3), 296-309.

¹³ <http://www.trouw.nl/tr/nl/4492/Nederland/article/detail/3932328/2015/03/28/Meer-aandacht-voor-seks-en-intimiteit-in-het-verzorgingshuis.dhtml>

¹⁴ <https://www.skipr.nl/actueel/id3663-nu91-slaat-alarm-over-seksuele-handelingen-in-thuiszorg.html>

¹⁵ <https://www.nursing.nl/verzorgenden/achtergrond/2012/2/dossier-clienten-en-seks-tvart100421w/>

¹⁶ <https://plus.google.com/u/0/collection/MNAQME>

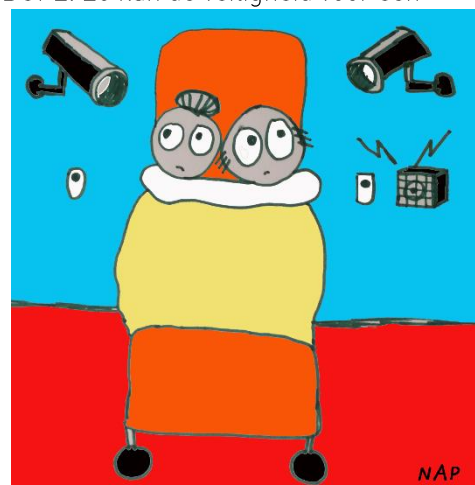
2.3 Taboe doorbreken?

Uit de interviews met de experts blijkt dat er nog verschillende discussies kunnen worden gevoerd ten aanzien van het taboe dat er (mogelijk) heerst rondom intimiteit en seksualiteit bij ouderen en in de ouderenzorg. De vraag is bijvoorbeeld of men in de ouderenzorg op het gebied van intimiteit en seksualiteit daadwerkelijk over een taboe zou moeten spreken. Taboe wordt in ieder geval *niet* door de experts als het juiste woord gezien in deze situatie. Volgens sommige managers binnen ouderenzorgorganisaties staan medewerkers er namelijk best voor open er iets mee te doen, maar weten ze vaak vooral niet hoe. Hoe ga ik nou in gesprek? Hoe breek ik iets open met de cliënt zonder er te brutaal over te zijn? Wat mag ik bespreken? Dat er verbetering mogelijk is in de omgang met intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg is wellicht meer een kwestie van het kunnen, het beheersen van de competentie, dan dat er een taboe op heerst. Ook uit het recente Vlaamse onderzoek¹⁷ bleek dat medewerkers van woonzorgcentra over het algemeen positief staan tegenover seksualiteitsbeleving van bewoners, maar dat er ook nog veel moet gebeuren op het gebied van kennis, training en opleiding om met de thematiek bewust om te kunnen gaan. Uit het deskresearch is verder gebleken dat er ook vanuit de bestaande kenniscentra een slag gemaakt kan worden in de informatievoorziening en wellicht ook de framing van het onderwerp. Zo zijn er webpagina's waarin het onderwerp wordt besproken binnen het thema 'problemen' en zelfs de berichtgeving in het nieuws over het 'taboe' kan resulteren in het versterken van probleemgerichte attitudes t.o.v. het thema. Daarnaast is het de vraag of de cliënt wel wil dat 'het taboe' wordt doorbroken en dit onderwerp niet alleen bespreekbaar is, maar ook standaard besproken wordt. Volgens meerdere experts zou het thema altijd besproken moeten worden en zijn bewoners opgelucht en content als er naar individuele behoeften wordt gevraagd. Indien het niet mogelijk is om het thema te bespreken vanwege bijvoorbeeld dementie, dan zal er goed gekeken moeten worden welke mogelijke behoeften er zijn. Zo wordt er nog wel eens uitgegaan van ongeremd/ongepast gedrag en worden hiervoor interventies ingezet zoals beperkende maatregelen, dit terwijl inzicht in de redenen voor het gedrag al kunnen leiden tot een ander uitgangspunt en het aanbieden van een erotisch tijdschrift ongeremd gedrag al zou kunnen verminderen.

2.4 Verpleeghuis (steeds) meer als thuis

Uit de interviews met experts en onderzoek van Vilans naar nieuwbouw en toezichthoudende domotica¹⁸ blijkt dat er sinds een aantal jaren vanuit zorgorganisaties energie wordt gestoken in het huiselijker maken van verpleeg- en verzorgingshuizen, met kleinere groepen, gezellige huiskamers en een informele sfeer. Toch zal een verpleeghuis voor een bewoner nooit hetzelfde als thuis zijn. Verpleegkundig personeel en verzorgenden doen enorm hun best om persoonsgerichte zorg te leveren en zelfredzaamheid en eigen regie te bevorderen, maar wel binnen de kaders van wet- en regelgeving, zoals de Wet BOPZ. Zo kan de veiligheid voor een bewoner de privacy en daarmee intimiteit en seksualiteit in de weg zitten. Het is niet ongebruikelijk dat kamerdeuren overdag open staan en begeleiders hebben altijd het recht om op de kamer te komen van een bewoner. Zo hebben verzorgenden ook een sleutel van de kamer.

Toezichthoudende domotica zoals sensoren en camera's ondersteunen de zorg en veiligheid van bewoners, maar kunnen ook een inbreuk hebben op de privacy. Zo kan er gedetecteerd worden of iemand op de kamer is en in- en/of uit bed gaat. Dergelijke detecties kunnen gepaard gaan met het verzenden van een (gemaskeerd) videofragment naar de smartphone van



¹⁷ <http://www.ginz.be/images/samenvatting-onderzoek-seksualiteit-en-intimiteit.pdf>

¹⁸ <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/whitepaper-zorgdomotica-nachtzorg.pdf>

een zorgprofessional. Het zou wenselijk zijn als een cliënt en partner (tijdelijk) toezichhoudende domotica inclusief kamerdeur kunnen afsluiten, zonder dat zij hiervoor het zorgpersoneel moeten inschakelen¹⁹. Een aparte kamer zou een optie kunnen zijn, hoewel dit dan al gauw gezien zou kunnen worden als een 'peeskamer' en ook deze zal altijd toegankelijk moeten zijn voor behandelaars en verzorgenden. Uiteraard staat jouw reputatie als bewoner op het spel indien je met een ander persoon in een aparte kamer gaat. Uit meerdere gesprekken met experts en de grijze literatuur blijkt dat er behoefte is aan verstelbare tweepersoonsbedden, om zo bewoners in ieder geval een plek te geven in hun eigen woning voor intimiteit en seksualiteit.

Volgens een aantal zorgorganisaties is er altijd gelegenheid voor bewoners/cliënten om behoeftes kenbaar te maken om vervolgens te bekijken in hoeverre en hoe daar aan tegemoet gekomen kan worden. Waar mogelijk staan organisaties er (steeds meer) voor open om activiteiten of middelen aan te bieden die tegemoet komen aan behoeften rondom intimiteit of seksualiteit. Zo krijgen bij een aantal organisaties - indien er vraag voor is - bewoners bijvoorbeeld porno dvd's en eens in de week een viagra pil of worden soms sekswerkers ingezet. Daarnaast wordt in een praktijkverhaal over de wereld van dementie door ouderenspsycholoog Sarah Blom een benaderingsplan toegelicht dat men in een verpleeghuis heeft toegepast om tegemoet te komen aan de behoefte aan vrijheid en privacy van twee dementerende ouderen die seksueel ontremd waren. Zo hadden ze een 'niet storen' bordje aangeschaft die regelmatig voor aan de deur gehangen wordt om te voorkomen dat men zomaar de kamer betrad en spraken ze af dat bezoek vooraf laat weten wanneer het van plan is langs te komen om vervelende verrassingen te voorkomen.

2.5 Specifieke aandacht voor LHBT-ouderen

Binnen het thema intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg kan er onderscheid worden gemaakt tussen verschillende subgroepen²⁰, waarvan een zeer relevante groep ouderen de zogenoemde 'roze ouderen' of LHBT's (lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen en transgenders) is. Uit de interviews met de experts blijkt dat aandacht in verpleeghuizen voor seksuele en genderdiversiteit belangrijk is zodat iedereen zichzelf kan zijn. Binnen tools en handvatten voor zorgprofessionals die helpen om te gaan met intimiteit en seksualiteit en dit bespreekbaar te maken, zouden LHBT-specifieke aspecten meer aandacht behoeven; waarom specifiek deze groep ouderen wellicht bepaalde dingen bijvoorbeeld moeilijker tot uiting kan brengen, bijvoorbeeld ook vanuit geschiedkundig oogpunt en omdat veel zorgprofessionals zich vaak niet realiseren dat oudere LHBT's zijn opgegroeid in een periode waarin homoseksualiteit niet bespreekbaar was, en het voor hen ook nu nog niet vanzelfsprekend is om daarover te spreken. In relatie tot intimiteit is er angst van veel LHBT-ouderen om hun affectie richting hun partner te tonen - bijvoorbeeld het geven van een zoen bij afscheid of hand in hand zitten in de woonkamer van een verpleeghuis - terwijl dit voor heteroseksuelen heel gewoon is. Dit is zeker ook voor mensen met dementie belangrijk(er) als bijvoorbeeld 'normale' communicatie niet meer gaat. LHBT-ouderen zijn mogelijk bang voor negatieve opmerkingen van medebewoners en 'houden zich daarom in' - wat sommigen hun hele leven al gewend zijn. En vaak, als eenmaal bekend is dat een bewoner LHBT is, is de kans op pesterijen en uitsluiting door diezelfde medebewoners groter. Om dezelfde reden (angst voor negatieve reacties) durven veel LHBT's ook het thema seksualiteit niet te bespreken met zorgprofessionals en ligt de drempel wellicht hoger dan bij heteroseksuelen om bijvoorbeeld te vragen om een tweepersoonsbed of 'partner-kamer' of voor het inschakelen van seksuele dienstverlening. Volgens Herman Boers, trainer seksuele diversiteit in de zorg, gaan de meeste zorgprofessionals ervan uit dat bewoners heteroseksueel zijn of zijn veel medewerkers zich onvoldoende of niet bewust dat er ook LHBT bewoners kunnen zijn, waardoor het voor LHBT's lastiger is om

¹⁹ Binnen Norschoten is dit reeds mogelijk <http://vitavalley.nl/wp-content/uploads/2015/11/Zorgdomotica-in-de-praktijk.pdf>

²⁰ Er zijn ook andere groepen ouderen die specifieke aandacht behoeven m.b.t. seksualiteit en intimiteit, zoals ouderen met een migratieachtergrond. Verschillen in culturen en het bespreken en bespreekbaar maken van seksualiteit of intimiteit kunnen namelijk groot zijn. Voor meer informatie over diversiteit, zie <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/diversiteit-zorg-ouderen.html>

'uit de kast te komen'. Bovenstaande aspecten hebben vooral te maken met of het 'veilig' genoeg is om zichzelf te kunnen zijn, om zich te kunnen uiten als LHBT, om uit de kast te komen. Dat voelen LHBT meestal goed aan (uit eerdere ervaringen), waardoor zij praten over intimiteit en seksualiteit maar achterwege laten of niet aan de orde durven stellen. Wanneer de sfeer in een verpleeghuis veilig genoeg is voor LHBT-ouderen om uit de kast te komen en zichzelf te zijn, dan zullen andere (heteroseksuele) bewoners wellicht ook 'opener' zijn.

Aan de ene kant zou men kunnen stellen dat niet altijd een label op de groep LHBT'ers hoeft te worden geplakt en dat er uitgegaan moet worden van diversiteit onder mensen. Dit neemt wel het risico met zich mee dat men dan dingen mist en dat de mogelijkheid dat mensen een andere geaardheid of leefstijl hebben en de bijbehorende vraagstukken niet herkend en bespreekbaar worden. Zo kan er tijdens de intake al aandacht besteed worden aan LHBT, door te vragen of iemand een partner heeft/had in plaats van vragen bij een man of hij een vrouw heeft/had en vice versa. Deskundigheidsbevordering over seksuele en genderdiversiteit in de langdurende zorg is dan ook wenselijk om aan de wensen en behoeften van LHBT's tegemoet te komen. De Roze Loper²¹ is een certificaat die organisaties kunnen verwerven als ze aan een set van criteria voldoen rondom het besteden van aandacht aan homoseksualiteit. Deze ontwikkeling is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS en hiermee is een instrument ontstaan om tolerantie in de zorg objectief te kunnen meten. Barbara Kanters, locatiemanager van De Eshoeve in Den Haag, constateert dat ook en geeft aan dat de sfeer in het hele huis veel opener en prettiger is sinds bij hen specifiek aandacht wordt besteedt aan seksuele en genderdiversiteit c.q. Roze Loper (aldus Herman Boers).

Uit de online verkenning blijkt dat er verschillende instrumenten beschikbaar zijn om intimiteit en seksualiteit bij de LHBT doelgroep bespreekbaar te maken binnen de ouderenzorg. Onder het thema 'Diversiteit' op www.ZorgvoorBeter.nl²² staan verschillende relevante materialen voor deze doelgroep zoals een folder met tips waar rekening mee te houden bij de zorg voor en ondersteuning of begeleiding van homoseksuele of lesbische ouderen.²³ Dit is het resultaat van samenwerking tussen COC, ANBO, Movisie en Vilans in het consortium Roze 50 Plus.^{24,25}

Daarnaast is op de website van de Roze 50 Plus een overzicht te vinden met instrumenten, praktijkvoorbeelden en dergelijke om seksuele en genderdiversiteit bespreekbaar te maken in zorg en welzijn.²⁶ Ook op monitorlerensignaleren.nl zijn instrumenten en voorbeelden te vinden die geschikt zijn voor beroepsopleidingen, bij- en nascholing. Zo zijn er bijvoorbeeld kaarten voor een rollenspel²⁷ waarop situaties worden beschreven die studenten in de les kunnen bespreken. De situaties betreffen oudere homo-, lesbische of biseksuele bewoners of situaties waarin homo- of biseksualiteit in de zorg een rol speelt. Hiermee kunnen deelnemers oefenen met praten over seksuele en genderdiversiteit en worden ze zich meer bewust van de manieren waarop dit in het werk in de zorg een rol kan spelen. Daarnaast is er bijvoorbeeld het boek Stormachtig Stil, van Eveline van de Putte, waarin levensverhalen staan van 27 ouderen (homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuelen en transgenders), over hun (liefdes)leven en hun stilzwijgen en angst om nog altijd niet geaccepteerd te worden.

²¹ <http://www.rozezorg.nl/info/5/achtergrond>

²² <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/diversiteit-zorg-ouderen.html>

²³ <http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Diversiteit/Tips-waarmee-roze-cl%C3%ABnten-thuis-voelen-in-uw-organisatie-of-wijk.pdf>

²⁴ <https://www.roze50plus.nl/>

²⁵ Hier nemen Vilans en Movisie momenteel niet meer aan deel.

²⁶ <https://www.roze50plus.nl/diensten/kennisbank/342/goede-praktijkvoorbeelden-om-seksuele-en-genderdiversiteit-op-de-agenda-te-zetten-van-zorg-en-welzijnsorganisaties/>

²⁷ <http://www.monitorlerensignaleren.nl/gesprekskaarten-met-andere-woorden>

3 Beschikbare kennis en tools

Uit de online verkenning blijkt dat er een aantal tools beschikbaar is om het thema bespreekbaar te maken, waaronder de *Sekskoffer van Archipel*. In de visie van de Archipel zorggroep staat dat belevingsgerichte zorg centraal staat, wat betekent dat zij uitgaan van de behoefte van cliënten. Intimiteit en seksualiteit vormt ook een behoefte waarmee eenieder meer of minder te maken heeft (www.archipelzorggroep.nl). Archipel heeft een sekskoffer ontwikkeld waarmee Nathalie Huitema de UKON-uniek-prijs heeft gewonnen voor het meest innovatieve zorgidee in 2013. De koffer is onder andere gevuld met informatie over het hulpaanbod van Archipel, de Archipel richtlijn voor seksualiteit en ook een set van kaartjes met stellingen voor teambesprekingen. Daarnaast kun je er concrete vragen in vinden waarmee je het gesprek met de cliënt kunt openen. Ook in Vlaanderen is een dergelijke koffer ontwikkeld door Els Messelis (2014)²⁸; *de Vlaamse sekskoffer: editie voor 50+!*.



Kenniscentrum seksualiteit Rutgers heeft in 2013 een Scholingsmap Seksualiteit en ouderen uitgebracht²⁹, met lessen over seksualiteit en ouderen, gespreksvoering, grenzen erkennen en ziektebeelden en seksualiteit die kunnen worden gebruikt door bijvoorbeeld praktijkopleiders of teamleiders. Ook heeft Rutgers een webpagina 'Seksualiteit in de ouderenzorg'³⁰ inclusief tips voor het maken van een seksualiteitsbeleid, het versterken van kennis en vaardigheden van medewerkers, over de rollen van medewerkers en een aantal veel gestelde vragen (en antwoorden) rondom dit thema. Binnen Rutgers is Karlijn de Blécourt expert op het thema. Verder is het boekje Seksualiteit³¹ uitgebracht dat gaat over intimiteit en seksualiteit waarmee zorgprofessionals te maken kunnen krijgen in situaties op het werk, bedoeld voor iedereen die het belangrijk en leuk vindt regelmatig over deze onderwerpen te lezen en met elkaar van gedachten te wisselen. In een digitaal magazine dat in 2016 is uitgebracht in opdracht van ActiZ³² wordt speciaal aandacht besteedt aan het thema intimiteit en worden verschillende praktijkverhalen en initiatieven op dit gebied gebundeld.

In het boek 'Seksualiteit van ouderen; Een multidisciplinaire benadering' van Aagje Swinnen³³ wordt het thema belicht vanuit de seksuologie, gezondheidswetenschappen, geneeskunde, filosofie, kunst en cultuurwetenschappen, reclame en literatuur. Het geeft inzicht in hoe het lichamelijke verouderingsproces van invloed is op de seksuele behoeftes en activiteiten van oudere mannen en vrouwen. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de denkbeelden die in onze maatschappij circuleren met betrekking tot het seksuele gedrag van ouderen. Het boek bevat onder andere casussen en de implicaties voor de kennis- en attitudevorming bij hulpverleners, informatie over de invloed van ziekte en medicatie op seksualiteit van ouderen en bijvoorbeeld ook een hoofdstuk over de beeldvorming van de seksualiteit van ouderen in de reclame.

²⁸ Messelis, E. (2014). De Vlaamse sekskoffer: editie voor 50+!. Gepresenteerd op de BVGG – SBGG | Congres – 37e Wintermeeting. Oostende.

²⁹ <http://www.seksindepraktijk.nl/producten/scholingsmap-seksualiteit-en-ouderen>

³⁰ <http://www.seksindepraktijk.nl/werkterreinen/de-ouderenzorg>

³¹ <http://www.seksindepraktijk.nl/producten/seksualiteit-uit-de-serie-zo-mooi-anders-de-zorg>

³² <http://www.ezinezorg.com/nl/magazine/11170/807174/cover.html>

³³ <http://nl.aup.nl/books/9789089641823-seksualiteit-van-ouderen.html>

In een Notitie van V&VN over het Omgaan met aspecten van seksualiteit tijdens de beroepsuitoefening³⁴ wordt aangegeven dat seksualiteit een complex onderwerp is waar je als verpleegkundige of verzorgende op verschillende manieren mee geconfronteerd kunt worden. Om meer duidelijkheid te geven over omgaan met verschillende aspecten van seksualiteit heeft de Commissie Ethiek van V&VN deze notitie geschreven. Hierbij wordt aangegeven dat er niet voor alle situaties een juist antwoord wordt gegeven, maar dat het in de notitie vooral gaat om een afbakening van wat van verpleegkundigen of verzorgenden verwacht mag worden binnen de zorgrelatie en waarvoor binnen die relatie geen plaats is. Hierin wordt bijvoorbeeld expliciet beschreven dat het niet tot de taak van verpleegkundigen of verzorgenden behoort om zelf seksuele handelingen bij een zorgvrager te verrichten. Daarnaast wordt aangegeven hoe het stellen van grenzen aan seksueel getint gedrag verschillend zou moeten worden aangepakt bij wilsbekwame zorgvragers ten opzichte van wilsonbekwame zorgvragers.

Verder kan er ook van ervaringen en documenten uit andere landen worden geleerd. Zo is er een richtsnoer beschikbaar van het Royal College of Nursing uit het Verenigd Koninkrijk die helpt verpleegkundigen en zorgpersoneel te begeleiden bij vraagstukken over seks, seksualiteit en intieme relaties bij oudere mensen in verzorgingshuizen. Een artikel hierover gaat in op de uitdagingen bij het waarborgen van de seksuele rechten en vrijheden van bewoners van verzorgingstehuizen en suggereert hoe de richtsnoer hierbij zou kunnen helpen.³⁵ Wellicht kan dit hulpmiddel worden vertaald naar de Nederlandse context of biedt het inspiratie voor Nederlandse richtlijnen. Een wetenschappelijk artikel van Bauer et al. (2013b)³⁶ beschrijft een voorbeeld van een evaluatiestudie van een onderwijsprogramma voor verpleegkundigen in een woonzorgcentrum, om hun kennis over, en houding ten opzichte van seksualiteit bij ouderen te verbeteren. Uit de interviews met de experts en wetenschappelijke literatuur blijkt dat er nog relatief weinig evaluaties van (huidige) onderwijsprogramma's of tools zijn, ook in Nederland, om stapsgewijs tot verbeteringen te komen in het cursus- en onderwijsaanbod.

³⁴ <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/21660/Handreiking-omgaan-met-seksualiteit>

³⁵ https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/399323/004136.pdf

³⁶ Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013b). Sexuality in older adults: Effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology, 39*(2), 82-91.

4 Kennis en ervaring bij het zorgpersoneel

Uit de interviews met de experts blijkt dat het zorgpersoneel op dit moment onvoldoende toegerust is om aandacht te besteden aan het onderwerp - althans, het merendeel van de medewerkers - en dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het Vlaams onderzoek.³⁷ Je hebt altijd mensen die het bespreekbaar maken van het onderwerp wel goed kunnen - die kunnen het uit nature - maar naar verwachting weet het merendeel van zorgmedewerkers niet goed wat men aan moet met bepaalde situaties waarin seksualiteit of intimiteit een rol speelt, wat de grenzen zijn en wat men wel en niet kan bespreken. In het artikel 'Hoe gaat het eh, eh met de seks?'³⁸ - dat gaat over seksualiteit bij de ziekte van Parkinson - wordt gesteld dat de aarzeling bij het stellen van deze vraag (zie titel) aangeeft hoe moeilijk het (nog steeds) is om als zorgverlener intimiteit en seksualiteit bespreekbaar te maken. Volgens de auteurs is de enige manier om zonder gêne met patiënten en partners over het onderwerp te praten door 'het te gaan doen' en daarvoor worden verschillende praktische tips gegeven.

Ook uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er behoefte is bij zorgprofessionals om meer kennis te hebben over het onderwerp. In een artikel van Elias & Ryan (2011)³⁹, dat gaat over factoren die expressies van seksualiteit bij ouderen in verpleeghuizen beïnvloeden, is aangegeven dat er aanwijzingen zijn dat de seksuele behoeften van ouderen vaak over het hoofd worden gezien, voornamelijk in de intramurale langdurige zorg. De auteurs stellen dat er behoefte is bij verpleegkundigen en ander zorgpersoneel tot een beter begrip van en inzicht in seksualiteit in het latere leven. Het gaat om verandering op een educatieniveau, maar ook op organisatorisch en cultureel vlak in de langdurige zorginstellingen. Daarnaast blijkt uit verschillende gesprekken met experts dat veel medewerkers wel meer met dit onderwerp willen doen, maar op dit moment niet goed weten hoe dit aan te pakken: 'Hoe beginnen we nu zo'n gesprek?'. Karin Jobse, verpleegkundig specialist in opleiding bij **Trivium Meulenbelt Zorg**, doet onderzoek naar onder andere de gespreksverlegenheid van medewerkers. Kennis erover is één ding, maar dan moet deze ook nog toegepast worden. Volgens haar is er meer dan kennis nodig om deze gesprekken aan te kunnen gaan. Ook blijkt uit verschillende gesprekken dat er meer aandacht voor dit onderwerp mag komen binnen opleidingen van zorgprofessionals. Zoals eerder aangegeven zijn er in Groot-Brittannië richtlijnen voor verpleegkundig en verzorgend personeel waarin staat beschreven dat seksualiteit en relaties als onderdeel van het zorgproces moeten worden beschouwd.⁴⁰ Dergelijke richtlijnen ontbreken in Nederland, terwijl richtlijnen binnen de professionalisering van de zorg wel ondersteunend kunnen zijn voor medewerkers en ervoor zouden kunnen bijdragen dat het onderwerp en individuele behoeften bespreekbaar worden.

4.1 Ontwikkelingen bij zorgorganisaties en medewerkers

Uit het onderzoek blijkt dat intimiteit en seksualiteit steeds meer een actueel thema wordt binnen de ouderenzorg en dat een aantal zorgorganisaties dit vraagstuk intern hebben opgepakt. Uit de interviews met de experts blijkt dat een aantal organisaties intern een werkgroep of steungroep hebben opgestart die zich richt op het ondersteunen van medewerkers bij specifieke vraagstukken en het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit in het algemeen. Hieronder worden een aantal zorgorganisaties benoemd die het thema hebben opgepakt.⁴¹

³⁷ <http://www.qinz.be/images/samenvatting-onderzoek-seksualiteit-en-intimiteit.pdf>

³⁸ http://www.parkinsonnet.nl/media/15290599/p17_bw_na_o_t_2015_02_v4.pdf

³⁹ Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1668-1676.

⁴⁰ https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/399323/004136.pdf

⁴¹ Oktober - December, 2016. De lijst van zorgaanbieders en activiteiten omtrent het thema 'seksualiteit & intimiteit' is niet volledig en uitputtend.

Bij **BrabantZorg** is sinds een aantal jaren erkend dat intimiteit en seksualiteit een belangrijk onderwerp is dat bij veel verzorgingstehuizen onderbelicht is. Ingrid van Kempen, GZ-psycholoog en seksuoloog bij Brabantzorg, krijgt veel vragen uit de praktijk over specifieke situaties bij cliënten van BrabantZorg maar ook vanuit andere organisaties voor ondersteuning en om bijvoorbeeld op afstand over een casus mee te denken. Volgens haar is het van belang dat je medewerkers traint hoe je met cliënt en partner in gesprek gaat en zit het hem puur in het doen. Afgelopen jaar heeft er binnen de organisatie een pilot gedraaid met scholing om bewustwording te creëren over wat er (mogelijk) speelt qua wensen en behoeften, over de omgang van medewerkers met het thema, ook vanuit hun eigen normen en waarden, om een stuk kennis mee te geven over seksualiteit in combinatie met onder andere ziektebeelden, en medicatie en privacy. Doel was ook om verder te onderzoeken wat voor tools er beschikbaar zouden moeten komen om medewerkers in staat te stellen het gesprek aan te gaan. De pilot is afgerond en nu zijn ze de balans aan het opmaken hoe dit onderwerp een vaste plaats kan en zou moeten krijgen. Het thema is nog niet (voldoende) opgepakt binnen het beleid, maar hier worden momenteel stappen in gezet.

Bij de **Archipel Zorggroep** hebben ze een expertteam van twaalf mensen vanuit allerlei locaties en lagen in de organisaties (van arts tot begeleider) die eens in de drie maanden bij elkaar komen. Men organiseert hier ook een workshop die wordt gegeven door hun seksuoloog voor de teams. Seksualiteit is nog geen onderwerp wat vast op de agenda staat bij teams. Daardoor vinden de teams nog niet hun weg naar de workshops. Archipel is wel actief bezig om dit bij teams in de picture te krijgen.

Bij **Inovum (Verpleging, Verzorging, Behandeling en Thuiszorg)** was er voor de bijeenkomst van W&T op 9 juni 2016 nog niet veel expliciete aandacht voor dit thema, maar gaan ze nu ook intern een dergelijke bijeenkomst organiseren waar alle medewerkers welkom zijn en wordt er nagedacht over workshops.

Bij **Trivium Meulenbelt Zorg** is er een projectgroep die sinds 2015 het bestuur heeft geadviseerd het onderwerp op de agenda te zetten. De projectgroep heeft workshops en begin 2016 het symposium "Het blijft iets moois!" georganiseerd. Op dit symposium waren sprekers uitgenodigd hun verhaal te doen op basis van onderzoek en ervaringen. Sprekers waren: Marjolein den Ouden, hoofdonderzoeker en hoofddocent intimiteit en seksualiteit bij Saxion, Mathilde Bos, verpleegkundige en verplegingswetenschapper gespecialiseerd in beleefde intimiteit en seksualiteit en Freerk Jager van COC afdeling Twente/Achterhoek. Het symposium heeft gezorgd voor grotere bekendheid van dit thema binnen de organisatie en bijgedragen aan het gesprek tussen zorgverleners en cliënten/mantelzorgers over intimiteit en seksualiteit. Een mooi voorbeeld is het moment dat een mantelzorger een poster van het symposium zag en naar aanleiding daarvan een medewerker aansprak; de poster zorgde voor een lagere drempel om over het onderwerp te beginnen. Voor de mantelzorgers was het namelijk best lastig hoe om te gaan met intimiteit nu haar man was opgenomen in een verpleeghuis na een huwelijk van zestig jaar.

In verpleeghuis Oudshoorn, onderdeel van **Alrijne Zorggroep**, is een steungroep van medewerkers uit verschillende disciplines samengesteld. De steungroep heeft een visie en een plan van aanpak gemaakt op het onderwerp intimiteit en seksualiteit in het verpleeghuis. Alle medewerkers hebben deelgenomen aan gespreksgroepen over dit onderwerp. Het doel van de gespreksgroepen was dat intimiteit en seksualiteit van bewoners/cliënten - als dat het geval mocht zijn - uit de taboesfeer werd gehaald. Medewerkers hebben in een open sfeer met elkaar gecommuniceerd. Verpleeghuis Oudshoorn vindt dat intimiteit en seksualiteit een belangrijk onderdeel is van het leven dus ook van hun bewoners en cliënten. Medewerkers werden in deze gespreksgroepen geïnformeerd over de visie, de rol van de steungroep en de mogelijkheden die er zijn binnen het verpleeghuis. In de gespreksgroepen gaf de steungroep medewerkers handvatten om in gesprek te gaan met bewoners en familie over het onderwerp intimiteit en seksualiteit. Indien nodig kunnen de medewerkers altijd terugvallen op de Steungroep intimiteit en seksualiteit.

Ook bij **Attent Zorg en Behandeling** zijn ze in 2016 begonnen met een werkgroep waarbinnen ze een aantal disciplines - onder andere een psycholoog, therapeut, manager en verzorgenden - bij elkaar hebben gebracht. Daarnaast halen ze nu breder binnen de organisaties ideeën op van medewerkers over hoe dit onderwerp volgens hen kan worden aangepakt, wat de vragen zijn die er spelen, en wie hier aan kan en wil

bijdragen. In deze workshop willen ze gezamenlijk een methode bedenken hoe ze intimiteit en seksualiteit laagdrempelig een gespreksonderwerp kunnen laten zijn en hier betrekken ze ook cliënten en hun familie bij. En bij **Zorggroep Almere** heeft men een workshop gegeven om intimiteit en seksualiteit te bespreken in het team en in het MDO. Dit is gedaan middels een PowerPointpresentatie, filmpjes, stellingen, mooie en grappige foto's en vooral ook ruimte voor discussie. De verhalen tijdens de workshops kwamen al gauw los. Veel humor, maar ook serieuze vragen en onderwerpen kwamen aan bod.⁴²

Verder heeft Rutgers van 2011 t/m 2014 onderzoek gedaan naar de proefimplementatie van een multidisciplinaire leeflijn seksuele ontwikkeling van 9 maanden tot 99 jaar.⁴³ Binnen het hoofdstuk dat hierin is gewijd aan de ouderenzorg wordt gesteld dat medewerkers van ouderenzorgorganisaties die aan de pilot hebben deelgenomen de scholingsmap met bijgeleverde materialen van hoge kwaliteit vonden en waren overtuigd van het belang van aandacht voor seksualiteit/intimiteit in de ouderenzorg. Ze wilden ook graag hun kennis en vaardigheden overdragen op andere medewerkers. Echter kwam ook naar voren dat niet alle medewerkers vonden dat aandacht voor intimiteit en seksualiteit bij hun werk hoort en dat het onderwerp nogal abstract blijft als er niet recent een incident op het gebied van seksualiteit is geweest. *“Er is dan geen concreet voorbeeld om over te praten en de relevantie van het onderwerp is voor de medewerkers minder duidelijk. De attitude van andere medewerkers kan dus een probleem zijn, vooral als er nog niets aan de hand is. Teamleiders zouden beter ondersteund kunnen worden in het overtuigen van hun teamleden van het belang van dit thema, ook wanneer er niet een incident speelt dat als aanknopingspunt kan dienen.”* (p.26)

Ook uit de gesprekken met experts in het huidige onderzoek blijkt dat er tot op het heden vooral *reactief aandacht* is voor dit thema. Zo werd in een verzorgingstehuis een mevrouw met dementie fysiek door een mannelijke bewoner lastig gevallen (in de ervaring van het zorgpersoneel), waarbij onduidelijk was of de vrouw dit prettig vond of juist niet. Toen op een gegeven moment de man bovenop haar in bed werd aangetroffen is meneer overgeplaatst naar een andere afdeling omdat de familie van beide cliënten dit niet prettig vonden. Echter ging mevrouw hierna andere bewoners uitkleden, waardoor er een BABY born pop is aangeschaft om het gedrag te kanaliseren. Ingrid van Kempen van BrabantZorg geeft aan dat het belangrijk is om medewerkers bewust te maken dat ze proactief met het onderwerp bezig zouden moeten zijn. Tot op het heden komt het thema vrijwel altijd vanuit probleemgedrag aan bod, waarbij vervolgens wordt gekeken hoe dat kan worden begrensd, terwijl er veel meer proactief kan worden bekeken waar bepaald gedrag vandaan komt en dat medewerkers zich realiseren dat er meer is dan dat probleemgedrag. Ingrid van Kempen geeft verder aan dat cliënten hun behoeften over het algemeen zelf niet uitspreken. Er zijn wel uitzonderingen, maar die zijn beperkt en zelfs cliënten die wat mondiger zijn lopen vaak al langer met bepaalde problemen rond. Een voorbeeld hierbij is dat een vrouw al tien jaar pijnklachten had bij het vrijen, waarvan men niet wist dat dit door bijwerkingen van de medicatie was. Omdat dit nooit bespreekbaar is gemaakt, was het echtpaar al tien jaar ongelukkig met hun seksleven. Een ander voorbeeld is een situatie waarin een dementerende man op de psychogeriatrische afdeling erg onrustig was. Men probeerde er van alles aan te doen om te zorgen dat de man op zijn gemak was, maar meneer werd alleen maar onrustiger. Toen is er (proactief) aan de echtgenote van de man gevraagd of er op het gebied van intimiteit en seksualiteit nog dingen speelden of behoeften waren. De echtgenote schrok hier erg van, maar gaf aan dat haar man altijd een grote seksdrive had gehad terwijl zij er zelf klaar mee was. Als oplossing zette ze thuis een porno dvd aan wanneer zij merkte dat haar man zin in seks had, zodat hij zelf kon masturberen. Op het moment dat haar man was opgenomen durfde de vrouw niet te vertellen dat dit haar manier was om tegemoet te komen aan zijn gevoel van opwindings - naast dat dit het gevoel mogelijk ook in stand hield - en hoopte ze dat deze behoefte uit zou doven. Dankzij dit gesprek kon dit door medewerkers worden opgepakt, kreeg de man bij

⁴² <https://www.zorggroep-almere.nl/geriatisch-expertisecentrum/maatschappelijk-werkende/workshop-seksualiteit-en-ouderen/>

⁴³ <http://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/seksuele-gezondheid-van-de-jeugd/leeflijn-seksuele-ontwikkeling-van-9-maanden-tot-99-jaar-ontwikkeling-en-proefimplementatie-van-een/verslagen/>

onrust porno dvd's te zien, is de onrust verdwenen en was er ook bij de echtgenote een gevoel van opluchting. Dit voorbeeld geeft aan dat men de vraag concreet kan stellen, om zo te kunnen achterhalen wat er speelt.

Het is belangrijk dat ook artsen meer gestimuleerd worden om het onderwerp te bespreken met hun cliënten. Artsen zouden een cliënt moeten informeren naar bijwerkingen op seksueel gebied als ze medicatie voorschrijven. Uit de ervaringen van een expert blijkt dat seksuele problemen bij ouderen in 50% van de gevallen voortkomt uit medicijngebruik, wat veel frustratie kan opleveren omdat ouderen, partners en zorgprofessionals die link zelf niet direct leggen.

Een belangrijk speerpunt bij een aantal organisaties is om het onderwerp in toenemende mate met *verwanten* te bespreken, bijvoorbeeld ook over hun verwachtingen op dit gebied als de situatie van de cliënt verslechtert. Binnen de huidige zorgplanbespreking die halfjaarlijks gehouden wordt (ofwel zorgplanbespreking 'nieuwe stijl') zou ruimte moeten zijn om samen met verwanten het onderwerp - indien wenselijk - te bespreken. Echter is het voor familie en mantelzorgers vaak wel een lastig onderwerp. Volgens Veronique Tubée van ActiZ zijn het vaak juist de verwanten die het thema seksualiteit niet zien zitten als het gaat om bijvoorbeeld hun ouders. Sommige verwanten zouden het liefst doen alsof het niet bestaat en het dus zeker niet willen stimuleren. Dit kan zorgen voor lastige dilemma's voor medewerkers die de kwaliteit van leven van de cliënt willen bevorderen. Bovendien is het onderwerp bijvoorbeeld ook moeilijk aan te snijden bij mensen die ouder zijn en/of gelovig.

Het blijkt dat er nog grote vraagstukken liggen over wanneer men familie kan/moet betrekken als het gaat om wensen/behoefte op seksueel gebied en rondom ethische dilemma's en hoe dit vraagstuk besproken kan worden met de familie. Hoe kan bijvoorbeeld worden omgegaan met psychogeriatrische bewoners die wel de seksuele behoeften hebben maar waarvan de partner het niet toestaat? Zoals het nu wordt ervaren, zitten organisaties hierin nog in de beginfase.

4.2 Praten over het onderwerp

Vera Bergkamp (D66) gaf in het NOS Radio 1 Journaal⁴⁴ aan dat in het intakegesprek bij een verzorgingshuis niet meer alleen gesproken moet worden over de zorgvorm, maar ook over de behoeftes die cliënten hebben. Experts geven aan dat binnen de ouderenzorg het belang erkend wordt van het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit. Voor een deel van de cliënten zal het mogelijk zijn om het ten tijde van het intakegesprek te bespreken, maar voor een andere groep zal het wellicht wenselijker zijn om de seksuele- en intimiteits behoeften in een later gesprek te bespreken, bijvoorbeeld op het moment dat de cliënt zich veilig voelt om zijn wensen kenbaar te maken.

Op dit moment wordt er nog wel eens geroepen dat er een gebrek aan kennis is over het onderwerp bij verzorgenden. Het is echter de vraag of dit zo is en of streven naar 'kennis' van medewerkers over het onderwerp wel de juiste insteek is. Wellicht heeft men niet zozeer meer kennis nodig van dit onderwerp, maar men zou hierover vooral met elkaar over in gesprek kunnen gaan, zorgen dat het bespreekbaar wordt, het kunnen reflecteren op hoe andere medewerkers er naar kijken en het aanvoelen of de cliënt het bespreekbaar wil hebben. De 'kennis' of ervaring op dit gebied komt dan wellicht vanzelf.

De mate waarin medewerkers al om kunnen gaan of uiteindelijk (bijvoorbeeld na training) om kunnen gaan met intimiteit en seksualiteit van ouderen verschilt sterk per persoon. Sommige medewerkers hebben geen schaamte en moeite met het bespreekbaar maken van dit onderwerp, terwijl anderen medewerkers geen idee hebben hoe ze hier mee om moeten gaan en zulke situaties het liefst vermijden. Bij **Arlijne Zorggroep** is

⁴⁴ <http://nos.nl/artikel/2099083-d66-doorbreek-taboe-rond-seks-in-verzorgingstehuizen.html>

afgesproken dat medewerkers er mee om moeten kunnen gaan, of het in ieder geval aan andere medewerkers door zouden moeten geven wanneer ze het zelf niet bespreekbaar kunnen maken.

Vijf tips van Trivium Meulenbelt Zorg (TMZ) om intimiteit in het verpleeghuis onder de aandacht te brengen.

1. Intimiteit: breed begrip

Besef dat intimiteit veel meer inhoudt dan seksualiteit alléén. Een arm om je heen, elkaars voeten masseren, lekker uitgebreid je gezicht laten wassen – allemaal voorbeelden waardoor iemand 'nabijheid' ervaart en zich minder alleen waant.

2. Houd het alledaags

Zet het onderwerp niet te expliciet neer, maak er niet te zeer een apart punt van. Houd intimiteit en seksualiteit juist zo alledaags mogelijk. Intimiteit hoort er gewoon bij, er is niets vreemds aan.

3. Help elkaar

Geef degene binnen het team met de meeste affiniteit en de minste drempelvrees een voortrekkersrol. Collega's kunnen daarvan leren terwijl zij niet meteen met alle bewoners over seksualiteit of intimiteit hoeven te praten. Vooral jongere medewerkers vinden dit vaak lastig, zij kunnen er geleidelijk 'ingroeien'.

4. Ontwikkel antennes

Ontwikkel antennes zodat in gesprekken met bewoners op een natuurlijke wijze kan worden afgetast of deze cliënt misschien met verborgen vragen of problemen zit die aan 'intimiteit' raken.

5. Geef goede scholing

Geef workshops waarin niet alleen wordt stilgestaan bij de behoefte aan intimiteit, maar ook aan de meer concrete kant ervan. Besteed aandacht aan ingesleten automatisen. Is er een alternatief voor dit soort incontinentiemateriaal? Is het noodzakelijk deze bewoner te storen als hij alleen wil zijn? Waarom loop ik direct na het kloppen een kamer in?

Het is belangrijk om in de omgang met dit thema rekening te houden en ruimte te laten voor het referentiekader en de eigen normen en waarden van medewerkers. Uit de gesprekken met de experts is gebleken dat iemands cultuur en/of geloof invloed kan hebben op hoe met intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg wordt omgegaan. Aan de andere kant zou hier nog over kunnen worden gediscussieerd en kan worden gesteld dat zorgmedewerkers het ook als *zorgplicht* kunnen zien om rekening te houden met behoeften rondom intimiteit en seksualiteit en hier waar nodig en mogelijk maatregelen moeten treffen.

Om proactiever op dit onderwerp in te spelen, willen organisaties intimiteit en seksualiteit een mogelijk onderwerp van gesprek laten zijn ten tijde van het intakegesprek. Experts gaven aan dat er in ieder geval een keer naar behoeften moet worden gevraagd. Uit onder andere de literatuurreview van Roelofs et al. (2015) en verschillende gesprekken met medewerkers van zorgorganisaties blijkt dat er relatief weinig over het onderwerp wordt gecommuniceerd en opgenomen in het zorgleefplan of dossier. Zie de zorgleefplanwijzer

van V&VN voor tips om intimiteit en seksualiteit een plek te geven in de zorg.⁴⁵ Er wordt wel besproken en gedocumenteerd wat iemand op zijn boterham wil, maar niet wat zijn behoeften zijn op het gebied van intimiteit en seksualiteit. Binnen **Inovum** wordt samen met de leverancier van het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) een 'ik-pagina' ontwikkeld, waarop een cliënt zelf aan kan geven of zij bijvoorbeeld aanrakingen wel of niet fijn vinden.

Volgens meerdere experts moet het onderwerp besproken worden en zijn bewoners doorgaans opgelucht en content als het ter sprake komt. Mochten er geen specifieke behoeften zijn volgens de bewoner, dan is dat ook prima. Het blijft wel belangrijk om het onderwerp bespreekbaar te houden en altijd te kijken bij bijvoorbeeld ongeremd gedrag wat hiervoor mogelijke oorzaken zijn, zoals vrijheidsbeperkende maatregelen, medicatie of een katheter. Volgens Ingrid van Kempen van BrabantZorg berust het op dit moment nog te veel op *toeval* bij welke cliënten behoeften, situaties of problematiek rondom intimiteit en seksualiteit daadwerkelijk besproken wordt. Als een cliënt bijvoorbeeld een signaal afgeeft door seksueel getinte opmerkingen te maken, bestaat aan de ene kant de kans dat medewerkers hem beschouwen als een 'vies mannetje' en aan de andere kant de kans - en het geluk - dat medewerkers het signaal oppakken. Volgens Ingrid van Kempen zou men van dit toeval af moeten en moet het onderwerp bij iedereen ergens in het opnameproces besproken worden. Bovendien zijn er ook genoeg situaties waarin cliënten helemaal geen signalen afgeven of signalen niet zichtbaar zijn, dus als men alleen maar op signalen af gaat is er een grote groep cliënten die niet geholpen wordt. Aan de andere kant kan worden gesteld dat wanneer mensen behoeften hebben op het gebied van intimiteit en seksualiteit dit niet direct impliceert dat zij er ook over willen praten. Het zou wel wenselijk zijn als begeleiders en verzorgenden voorbereid zijn indien het onderwerp ter sprake komt en kunnen meedenken over wensen en mogelijkheden. Hiervoor zijn er een aantal tools en programma's beschikbaar. Kortom, wellicht hoeft vragen naar behoeften rondom intimiteit en seksualiteit niet bij iedere cliënt en bij ieder opnamegesprek, maar men zou moeten kunnen aanvoelen wanneer het een belangrijk onderwerp is en zorgen dat iemand binnen de organisatie het gesprek kan voeren.

⁴⁵ <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/component/acymailing/archive/view/mailid-81.html?key=PIdjKhy0&subid=11-9b604e5253b846df43a824af205f0139&tmpl=component>

5 Conclusie & Aanbevelingen

Uit de verkenning blijkt dat er behoefte is voor meer scholing en training bij zorgmedewerkers, al vanaf de opleiding. Binnen organisaties verdienen de volgende punten aandacht:

- **Communicatie:** Hoe vaker je het erover hebt met collega zorgprofessionals, hoe gemakkelijker het wordt. Daarnaast zouden er vanuit zorgorganisaties avonden georganiseerd kunnen worden om het onderwerp of bepaalde vraagstukken te bespreken met familie en mantelzorgers, bijvoorbeeld ook door artsen. Hierbij is het belangrijk dat het laagdrempelig en eventueel anoniem is, want het blijft een lastig thema om te bespreken.
- **Beleid:** Specifiek op het thema intimiteit en seksualiteit zou beleid moeten worden opgesteld dat aansluit bij de visie van de organisatie. Het beleid dient als kapstok voor het breder creëren van draagvlak en bij het omgaan met specifieke vraagstukken.
- **Draagvlak:** Creëer voldoende draagvlak via een aantal medewerkers die bijvoorbeeld als sleutelpersoon kunnen fungeren.
- **Centraal aanspreekpunt voor medewerkers:** Binnen de organisatie zou een interne steungroep of centraal aanspreekpunt beschikbaar moeten zijn voor medewerkers ter ondersteuning bij situaties waarin seksualiteit of intimiteit een rol speelt. Wanneer dit onderwerp voor een medewerker of bij een bepaalde cliënt een structureel thema wordt, dan kan het steeds meer bij de directe betrokkenen en bijvoorbeeld familie worden belegd, maar het is van meerwaarde - en misschien zelfs noodzakelijk - dat medewerkers hier in de beginfase in worden ondersteund door collega's of experts van buiten de organisatie die meer ervaring en/of minder moeite hebben met dit onderwerp.
- **Kritisch bekijken van het materiaal dat er al is:** Zolang er geen bewezen effectief materiaal is, is het belangrijk om samen met de zorgprofessional die voorlichting krijgt duidelijke doelen te stellen. Probeer samen te bepalen welke bestaande materialen zouden kunnen helpen in het bereiken van deze doelen.
- **Faciliteiten:** Alleen erover spreken is niet genoeg. Binnen verpleeghuizen zou er aandacht moeten zijn voor faciliteiten zoals een tweepersoonsbed, een erotisch magazine, een viagra pil of een bezoek van een prostituee. Uit de verkenning blijkt dat het niet wenselijk is om één tweepersoonsbed op een specifieke kamer te hebben per afdeling, omdat het dan al gauw als een 'sekskamer' wordt gezien en dan is de drempel voor mensen om hier gebruik van te maken mogelijk te hoog.

Meer overkoepelend kunnen de volgende dingen worden georganiseerd:

- **Meer kennisdeling en samenwerking:** Vergroot de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen zorgorganisaties en werk eventueel aan de gezamenlijke ontwikkeling van hulpmiddelen. Zelfstandige initiatieven van individuele organisaties kunnen meer de krachten gaan bundelen met andere organisaties en kunnen worden samengebracht zodat niet iedere organisatie het wiel zelf uitvindt. Uit gesprekken blijkt dat verschillende organisaties er voor openstaan om meer gezamenlijk op te trekken, bijvoorbeeld via Waardigheid & Trots.
- **Ontwikkeling van richtlijnen:** Er kan wellicht (op termijn) worden gewerkt aan onder andere een visie, protocol, en scholing, wat grotendeels voor iedere organisatie gelijk is. Gezamenlijk kan worden geprobeerd om – niet kant-en-klaar, maar wel op maat te maken - richtlijnen te ontwikkelen waaraan eenieder zich ook houdt, of met andere woorden een stroomschema waarin medewerkers snel kunnen zien welke stappen ze moeten ondernemen of welke vragen ze kunnen stellen wanneer ze met dit onderwerp te maken hebben. Seksualiteit en intimiteit is een breed onderwerp, maar binnen de richtlijnen hoeft wellicht slechts een kleine variëteit aan voorbeelden of casuïstiek aan te worden gehaald om medewerkers en andere belanghebbenden de juiste training te geven. Het is

vooral belangrijk dat men het kan vertalen naar situaties waar men zelf mee te maken heeft. Daarnaast is het belangrijk dat de focus niet alleen ligt op kennis over intimiteit en seksualiteit bij ouderen, maar ook op vaardigheden over hoe hiermee kan worden omgegaan.

- **Uitzetten van een monitor:** Specifiek voor de Nederlandse cultuur en context zou er in (vervolg)onderzoek via bijvoorbeeld een web-enquête onderzocht kunnen worden: hoe gaan medewerkers in Nederlandse woonzorgcentra om met het thema?; waar lopen ze tegen aan?; in hoeverre is het een taboe?; et cetera.
- **Aanpak vanuit het perspectief van de cliënt zelf:** In de literatuurreview van Roelofs et al. (2015) wordt gesteld dat het perspectief van de bewoner nog weinig tot niet wordt onderzocht of meegenomen binnen bestaand onderzoek. Er is meer onderzoek nodig vanuit dit perspectief om goede opleidingsmogelijkheden en richtlijnen voor het verzorgend personeel te ontwikkelen. Dergelijk kwalitatief onderzoek vanuit patiënt en partner perspectief wordt momenteel gedaan door onder andere Tineke Roelofs van de Universiteit van Tilburg (moet nog worden gepubliceerd).
- **Toetsen van de kwaliteit van bestaande tools:** Er is een grote variëteit aan tools en andere typen documenten rondom intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg die verder getoetst zouden moeten worden op hun kwaliteit en hoe ze ingezet kunnen worden in de praktijk. Er zijn bepaalde (algemene) voorwaarden - bijvoorbeeld dat doelgroepen worden betrokken bij de ontwikkeling van tools - waar programma's en interventies aan zouden moeten voldoen wil het kans hebben op slagen. In de Wegwijzer Omgaan met Seksualiteit van Dr. Dilana Schaafsma (te vinden op het Kennisplein Gehandicaptenzorg en ook gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor de Zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen) is een stappenplan beschikbaar voor het inventariseren van seksuele voorlichtingsmaterialen en het toetsen van de kwaliteit van programma's en materialen. In de Wegwijzer is deze toetsing toegepast op materialen voor mensen met een verstandelijke beperking maar wellicht kan soortgelijke toetsing van kwaliteit in de nabije toekomst ook plaatsvinden voor materialen die meer toegespitst zijn op de ouderenzorg. Eventueel kunnen positief geëvalueerde materialen op worden genomen in een database voor effectieve interventies.
- **Verbinden van praktische en theoretische kennis:** In de praktijk worden met goede bedoelingen vaak tools en interventies ontwikkeld door mensen die kennis hebben van de praktijk, maar minder van theorie die daarover beschikbaar is. Ondanks dat deze middelen vaak handig en nuttig zullen zijn, worden hierdoor wellicht kansen gemist in het optimaal overbrengen van ervaringen en implementeren van de kennis. Als iemand in de praktijk iets briljants heeft bedacht, dan leert men daar weinig tot niets van als het niet enigszins theoretisch wordt geborgd.
- **Meer informatie in gewone mensentaal.** Bestaande folders kunnen worden ge-update en is er bijvoorbeeld ook behoefte aan specifieke maar laagdrempelige kennis over seksualiteit bij mensen met dementie.
- **Leren van andere sectoren:** Er kan veel worden geleerd van intimiteit en seksualiteit bij andere doelgroepen binnen de zorg, bijvoorbeeld bij mensen met een verstandelijke beperking, evenals van het voorlichtingsmateriaal dat voor deze doelgroepen is ontwikkeld. Er zullen namelijk overeenkomsten zijn in de vraagstukken of problematiek die bij deze doelgroepen rondom intimiteit en seksualiteit speelt.
- **Dit onderwerp hoeft niet vooraf groter worden gemaakt dan het is:** Laten wij niet praten over seksualiteit en intimiteit, maar over *intimiteit en seksualiteit*, in die volgorde. Het lijkt in de ouderenzorg namelijk vaker te gaan om intimiteit dan om seksualiteit en via een gesprek over intimiteit kan men wellicht gemakkelijker over seksualiteit praten.

6 Dankwoord

Wij bedanken de volgende personen voor hun relevante bijdrage aan deze verkenning:

- **Herman Boers** (trainer seksuele diversiteit in de zorg)
- **Claudia Grijsseels** (contactverzorgende bij Archipel Zorggroep)
- **Maaïke Derksen** (manager intramurale zorg en behandeling bij Inovum)
- **Karin Jobse** (verpleegkundig specialist in opleiding bij VSio Trivium Meulenbelt Zorg)
- **Tineke Roelofs** en **Prof. Katrien Luijkx** (onderzoekers aan de Universiteit van Tilburg)
- **Dr. Dilana Schaafsma** (onderzoeker seksualiteit en intimiteit in de verstandelijk gehandicaptenzorg en docent/onderzoeker Pedagogiek bij Fontys)
- **Marianne Wijtman** (Manager bij Arlijne Zorggroep)
- **Lia Sandbrink** (Manager Behandeling en Begeleiding, Afdeling revalidatie bij Attent Zorg en Behandeling)
- **Ingrid van Kempen** (GZ-psycholoog en seksuoloog bij BrabantZorg)
- **Henry Mostert** (Vilans, Waardigheid & Trots)
- **Veronique Tubeex** (beleidsadviseur m.b.t. informele zorg, diversiteitsbeleid, ouderenmishandeling, palliatieve zorg bij ActiZ)
- **Annelies Kuiper** en **Ineke Mouthaan** (Rutgers)

Vilans.nl

Auteurs: Nap, Lukkien & Suijkerbuijk
© 2016 Vilans

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm of op enig andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Disclaimer

De inhoud van dit document is met zorg samengesteld. Toch is het niet uitgesloten dat bepaalde informatie verouderd, onvolledig of anderszins onjuist is. Vilans heeft geen invloed op de wijze waarop de informatie door de gebruiker kan worden gebruikt en wijst iedere aansprakelijkheid af voor verlies aan inkomsten of contracten, of voor directe, indirecte of andere gevolgschade van welke aard dan ook, voortvloeiend uit of verband houdend met het gebruik van deze informatie.

Vilans
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon 030 789 2300
www.vilans.nl
Utrecht, december 2016

