

VRAGEN DIE WORDEN OVERGESLAGEN^o

Een onderzoek naar het functioneren van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit van verpleeghuisbewoners

M.M.J.D. Verkuylen*

In dit onderzoek is getracht een antwoord te krijgen op de vragen of verpleeghuisartsen de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners herkennen, hoe hun kennis en houding ten aanzien van seksualiteit bij bewoners is en wat hun functie hieraangaande is.

Uit de resultaten blijkt dat in de meeste verpleeghuizen op geen enkele wijze aandacht besteed wordt aan het onderwerp "behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners". Bijna geen enkele arts vraagt standaard aan een bewoner naar diens behoefte aan seksualiteit. Komt een bewoner spontaan met vragen dan zijn de meeste artsen wel bereid hierop in te gaan.

De meeste verpleeghuisartsen lijken over voldoende kennis ten aanzien van seksualiteit bij ouderen te beschikken. De houding van verpleeghuisartsen ten opzichte van seksualiteit bij verpleeghuisbewoners is in het algemeen positief. De huidige functie van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij bewoners betreft enkel nog het ingaan op eventuele vragen.

Seksualiteit bij verpleeghuisbewoners. Sinds kort wordt aan dit onderwerp tijdens de opleiding tot verpleeghuisarts aandacht besteed. Vaak wordt dan gezegd: 'daar wordt bij ons niet over gepraat' of 'dat komt bij ons in het verpleeghuis niet voor'.

In veel verpleeghuizen rust een enorm taboe op seksualiteit van bewoners.

Eigen ervaring leert echter dat seksualiteit wel degelijk voorkomt in het verpleeghuis. Belangrijk is seksualiteit uit de taboesfeer te halen. In hoeverre ligt hier een taak voor de verpleeghuisarts?

De geschiedenis van Dhr. B.

Dhr. B. is in het verpleeghuis opgenomen omdat hij een CVA heeft doorgemaakt. Een ernstige dysarthrie is voor hem het grootste probleem. Dhr. B. is 86 jaar.

Ik heb Dhr. B. leren kennen toen hij ongeveer een jaar in het verpleeghuis verbleef. In de medische status zag ik staan dat "patiënt seksueel ontremd" was. Hij kreeg hiervoor een neurolepticum (benperidol) voorgeschreven. Omdat dit niet hielp werd de dosering verhoogd. In de status las ik vervolgens dat "patiënt suf werd, en dat het gedrag niet verdwenen was". Er werd een ander neurolepticum (zuclopentixol) geprobeerd. Dhr. B. werd nog suffer, zodat ook dit gestaakt moest worden.

* Drs. M.M.J.D. Verkuylen, verpleeghuisarts. Stichting Gasthuis St. Joseph, Pastoor van Kessellaan 16, 4761 BH Zevenbergen.

^o Geaccepteerd voor publicatie 12 juni 1996.

Ik hoorde van de verpleging dat er naar aanleiding van een multi-disciplinair overleg contact gelegd was met iemand van de 'SAR' (Stichting alternatieve relatiebemiddeling). Hier had ik nog nooit van gehoord. Het bleek een stichting te zijn voor seksuele hulpverlening. Mijn eerste reactie was: "Wat vooruitstrevend! Kan dat zomaar in het verpleeghuis?" Hierna ben ik mij gaan verdiepen in de hele situatie rondom Dhr. B.. Hij bleek een man te zijn die gedurende heel zijn leven veel wisselende seksuele contacten gehad heeft, ook tijdens zijn huwelijk. Hij had er altijd vriendinnen bij.

Een poosje nadat Dhr. B. in het verpleeghuis opgenomen was begon hij aan de verpleging op de afdeling te vragen, voor zover hij dat verbaal duidelijk kon maken, of ze lekker bij hem in bed kwamen liggen. Ook begon hij verpleegkundigen aan te raken. De verpleging vond het moeilijk om met het gedrag van Dhr. B. om te gaan. Steeds meer merkte men aan Dhr. B. dat hij apathischer werd en somberder. Hij maakte geen gelukkige indruk. Omdat de medicatie om zijn gedrag te beïnvloeden niet het beoogde effect had werd de 'SAR' ingeschakeld. Geregeld werd dat er een 'seksueel hulpverleenster' kwam om een oplossing te zoeken. Afgesproken werd om een kamer in het aangrenzende verzorgingshuis te reserveren voor Dhr. B. en de medewerkster van de 'SAR', waar zij samen ongeveer een uur konden verblijven. Voor f150,- zou de 'seksueel hulpverleenster' dan zoveel mogelijk aan zijn seksuele behoefte voldoen. Er werd een hoog-laag bed in de kamer geplaatst en een verpleegkundige van de afdeling hielp Dhr. B. om in bed te komen. Dit zorgde voor veel opschudding op de afdeling. Veel personeel had hier moeite mee omdat dat toch eigenlijk niet kon, zo'n oude man.....

Nadat de 'dienstverleenster' geweest was kon je echter duidelijk aan Dhr. B. zien dat hij heel gelukkig was. Hij glunderde helemaal! Ook bleek dat Dhr. B. veel minder seksuele toenadering zocht tot de verpleging. Het leek dus een redelijk goede oplossing. Een groot probleem was echter dat de 'hulpverleenster' nogal duur was. Als Dhr. B. het zelf zou moeten betalen zou de 'hulpverleenster' misschien éénmaal in de twee tot drie maanden kunnen komen. En dat was voor hem te weinig. Je merkte dan ook op de afdeling dat naarmate de tijd verstreek hij weer meer toenadering tot de verpleging zocht en zijn oude gedrag weer terugkwam.

In overleg met Dhr. B. is toen getracht om bijzondere bijstand te krijgen bij de gemeente. Er kwam een arts van de GGD bij Dhr. B. om te beoordelen of hij hiervoor in aanmerking kwam. Een van de eerste opmerkingen van die arts was dat het toch eigenlijk heel vreemd was voor zo'n oude man dat hij nog seksuele behoeften had en dat alles waarschijnlijk een gedragsstoornis was als gevolg van het doorgemaakte CVA. Het verzoek voor bijzondere bijstand werd dan ook afgewezen. Tegen de afwijzing van het verzoek werd in beroep gegaan. Met de Dhr. B. en zijn familie werd intussen afgesproken om voorlopig al het geld dat Dhr. B. had uit te geven aan de 'hulpverleenster'. Er zouden dus geen nieuwe kleren meer gekocht worden als hij die nodig had en hij moest dan ook maar wat minder gaan roken. Gelukkig was er toen weer voldoende geld zodat de 'hulpverleenster' weer kon komen. Dhr. B. straalde weer, hij was weer even gelukkig.

De geschiedenis van Dhr. B. eindigt hier. Hij werd plotseling ziek, ging heel hard achteruit en is overleden; helaas niet in het bijzijn van zijn familie, maar wel in het bijzijn van twee mooie zusters....

Naar aanleiding van de geschiedenis van Dhr. B. en met name de reacties van collega-

verpleeghuisartsen hierop werd een onderzoek gestart, in het kader van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Het doel was duidelijkheid te krijgen over de vraag of verpleeghuisartsen de problemen rondom seksualiteit van verpleeghuisbewoners signaleren en wat ze hier vervolgens mee doen.

Wat is er in de literatuur bekend over de behoefte aan seksualiteit van verpleeghuisbewoners?

Bijna niets! De meeste literatuur die er op dit gebied bestaat gaat over seksualiteit bij ouderen in het algemeen, of over ouderen in verzorgingshuizen of de zogenaamde Amerikaanse 'nursing homes', die niet te vergelijken zijn met onze verpleeghuizen.

Uit onderzoek van De Bruyn (1980) blijkt dat hoogbejaarden in een verzorgingshuis allerlei seksuele gevoelens kennen en ook behoefte hebben die gevoelens te uiten. Hij geeft aan dat privacy erg belangrijk is voor het in stand houden of het op gang brengen van een seksuele relatie. Ook onderzoek in een Amerikaans 'nursing home' laat zien dat bewoners seksuele behoeften hebben, maar dat ze met name door het gebrek aan een partner geen uiting kunnen geven aan die behoeften (Wasow en Loeb, 1979). Mensen die in een verpleeghuis worden opgenomen hebben meestal ernstige ziekten en bijna altijd meerdere kwalen. Toch lijkt het onmiskenbaar dat ook oudere, zeer zieke mensen nog hechten aan intimiteit met hun vertrouwde partner. En beleving van intimiteit is in een verpleeghuis soms ver te zoeken (Moors, 1994). In de literatuur wordt aangegeven dat praten over seksualiteit bij ouderen een taboe is (de Bruyn, 1980). Ook Levie geeft aan dat de communicatie tussen de bejaarde patient en de arts vaak moeizaam verloopt, als het om seksualiteit gaat (Levie, 1986).

Recent vond er onderzoek plaats naar de seksualiteitsbeleving bij verpleeghuisbewoners. In dit onderzoek werden enkele verpleeghuisbewoners naar hun seksualiteitsbeleving gevraagd. Alhoewel dit onderzoek beperkingen heeft (onder andere kleine, geselecteerde populatie), komt toch duidelijk naar voren dat seksualiteit wel degelijk bij de verpleeghuisbewoner leeft. Uit dit onderzoek bleek ook dat de geïnterviewde bewoners open over seksualiteit kunnen praten. De geïnterviewde verpleeghuisbewoners verstaan onder seksualiteit coïtus, masturberen, intimiteiten en tederheid. Door vooral mannen worden ook seksueel getinte dagdromen, fantasieën, opwindende lectuur en het kijken naar mooie vrouwen tot de seksualiteit gerekend. Daarnaast spelen, voornamelijk bij vrouwen, maatschappelijke waarden, zoals horend bij het huwelijk, ten dienste staan van de man en de voortplanting, een rol (van der Heyden, 1993). Het beleven van seksualiteit wordt vooral door ziekte doch ook door ouderdom beïnvloed. De seksualiteit wordt dan op een andere wijze beleefd. De invloed van de verpleeghuisopname leidt ertoe dat intimiteiten en tederheid veranderen of stoppen. Belangrijke factoren die hierop van invloed blijken te zijn, zijn het gebrek aan privacy en het ontbreken van een gewillige en gewilde partner (White, 1982).

Verpleeghuisbewoners beleven op hun manier seksualiteit. In het hedendaagse verpleeghuis wordt hiermee weinig rekening gehouden (van der Heyden, 1993). Seksualiteit zou zelfs beschouwd kunnen worden als een taboe in verpleeghuizen (Janssen, 1991). Op dit moment wordt seksualiteit door hulpverleners en beleidsbepalers niet beschouwd als een geïntegreerd onderdeel van welzijn en de zorgverlening (Janssen, 1991; de Bruyn, 1986).

Methode

De onderzoeksvragen

Om duidelijkheid te krijgen over de vraag of verpleeghuisartsen de behoefte aan seksualiteit van verpleeghuisbewoners signaleren en wat ze hier vervolgens mee doen zijn de volgende vier onderzoeksvragen opgesteld:

1. Signaleren verpleeghuisartsen de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners?
2. Wat is de kennis van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij ouderen in het algemeen en bij verpleeghuisbewoners in het bijzonder?
3. Welke overtuigingen en waarden hebben verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij ouderen in het algemeen en bij verpleeghuisbewoners in het bijzonder?
4. Wat is de functie van verpleeghuisartsen ten aanzien van de seksualiteit van verpleeghuisbewoners?

Soort onderzoek

Het onderzoek is een explorerend beschrijvend onderzoek.

Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit (verpleeghuis)artsen die werkzaam zijn in een verpleeghuis. Gekozen is voor een steekproef bestaande uit (verpleeghuis)artsen die werkzaam zijn in (veertien) verpleeghuizen voor opleiding en (verpleeghuis)artsen die deelnemen aan de drie onderlinge toetsingsgroepen regio West-Brabant. Voor een selecte steekproef is gekozen omdat mogelijk op deze wijze een grotere, gemakkelijk toegankelijke en meer gemotiveerde onderzoeksgroep was samen te stellen.

Operationalisatie van het begrip seksualiteit

Het begrip seksualiteit kan op verschillende manieren gedefinieerd, geïnterpreteerd en verklaard worden. Voor dit onderzoek is gekozen voor een ruime betekenis van het begrip seksualiteit. De Bruyn verstaat onder seksualiteit: al die gevoelens die liggen tussen het zich geborgen voelen bij een partner, tot coïtus en orgasme, met of zonder partner. Hij geeft aan dat een van de grootste behoeften bij het beleven van seksualiteit het gevoel van rust, veiligheid en geborgenheid is (de Bruyn, 1980). Uit het onderzoek van van der Heyden blijkt dat verpleeghuisbewoners onder seksualiteit coïtus, masturberen, intimiteiten en tederheid verstaan (van der Heyden, 1993). Levie benadrukt zowel de lichamelijke als de emotionele aspecten van de seksualiteit. Hij spreekt over de talrijke componenten van de seksualiteit bij de oudere. Hij gebruikt het woord talrijk omdat deze componenten alle uitingen omvatten van intimiteit en tederheid, van lust en verlangens naar contact, psychisch of fysiek, homo- zowel als heterogericht, extragenitaal of genitaal (Levie, 1986). Janssen geeft het begrip seksualiteit ook een ruime betekenis. Hij definieert het als activiteiten die gericht zijn op het bevredigen van (seksuele) lustgevoelens (Janssen, 1991). Dit in beschouwing nemend, wordt in dit onderzoek onder seksualiteit verstaan:

Lichamelijke en emotionele uitingen die betrekking hebben op intimiteit en tederheid, lust en verlangens naar contact, psychisch of fysiek, homo- en heterogericht, extra genitaal of genitaal, met of zonder hulpmiddelen, zowel binnen als buiten een zogenaamde 'liefdesrelatie'.

De wijze waarop de gegevens zijn verzameld

Er is gebruik gemaakt van een direct, gestructureerd, schriftelijk onderzoek. Het interview bestaat uit een combinatie van open en gesloten vragen. Voor de gesloten vragen is een 3- en een 4-puntsschaal gebruikt.

Bij het samenstellen van de vragen is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, namelijk:

- de ASKAS, een meetinstrument met betrekking tot kennis van en attitude tot seksualiteit op oudere leeftijd (White, C.B., 1982);
- de vragenlijst uit: W. Janssen : Gerimpeld gevrij gedoogd (Janssen, W., 1991);
- persoonlijke ideeën;
- reacties van collega's en andere verpleeghuisdisciplines;
- reacties van de scriptiebegeleiders.

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen (zie bijlage):

- A. Persoonlijke gegevens
- B. Het signaleren van de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners en de huidige functie van de verpleeghuisarts ten aanzien van seksualiteit van verpleeghuisbewoners
- C. Kennis ten aanzien van seksualiteit bij ouderen in het algemeen en verpleeghuisbewoners in het bijzonder
- D. Houding van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij verpleeghuisbewoners
- E. Visie op hoe de functie van de verpleeghuisarts zou moeten zijn ten aanzien van de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners

De vragen zijn met de onderzoeksbegeleiders en enkele medewerkers van het UVI besproken. Daarna zijn de vragen op proef door twee verpleeghuisartsen beantwoord.

Resultaten

Algemeen

89 vragenlijsten werden verstuurd. Daarvan zijn er 59 ingevuld en teruggestuurd (respons=66,3%). Het grootste deel van de respondenten bestond uit geregistreerde verpleeghuisartsen (54%). Er waren 12 (20%) verpleeghuisartsen in opleiding en 13 (22%) basisartsen. Veel artsen geven aan dat op dit moment in het verpleeghuis op geen enkele wijze aandacht besteed wordt aan het onderwerp "behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners" (n=34, =59%). Anderen vermelden dat dit wel gebeurt in de vorm van bijvoorbeeld het aanwezig zijn van een 'privékamer' in het verpleeghuis (n=7). Hierbij wordt eenmaal gemeld dat deze 'privékamer' speciaal voor jongeren bedoeld is. Verder wordt een enkele maal aangegeven dat er in de wandelgangen voorzichtig over gesproken wordt, of dat aan de hand van een casus discussie op gang is gekomen ten aanzien van dit onderwerp, met als doel een eerste standpunt te formuleren dat als beleid voor het huis kan dienen (n=3), op afdelingsniveau (n=1) of binnen het levensbeschouwelijk beraad (n=1). Klinische lessen met betrekking tot dit onderwerp worden ook een enkele maal gegeven (n=3), en er worden scripties over geschreven (n=4). Tweemaal blijkt dat het verpleeghuis bezig is een symposium over dit onderwerp te organiseren. Eénmaal wordt aangegeven dat men zich terdege realiseert dat het verpleeghuis slechts zeer beperkte mogelijkheden voor privacy heeft en dat men dit bij een renovatie

hoopt te verbeteren. Ook wordt éénmaal het aanbieden van een escortservice als mogelijkheid genoemd.

Eén arts vult in: nee, in ons verpleeghuis wordt aan dit onderwerp geen aandacht besteed, maar een bewoner ontvangt gewoon geregeld een prostituée!

Het signaleren van de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners en de huidige functie van de verpleeghuisarts ten aanzien van seksualiteit van verpleeghuisbewoners

Vijf artsen geven aan dat ze nooit geconfronteerd worden met de behoefte aan seksualiteit van de verpleeghuisbewoner (9%). Meer dan de helft van de artsen wordt echter wel degelijk met deze behoefte geconfronteerd (56%). De meeste artsen (74%) vragen nooit zelf aan een bewoner naar zijn of haar behoefte aan seksualiteit. Slechts één arts (2%) blijkt dit te doen. Een groot deel van de artsen (45%) geeft wel aan altijd in te gaan op vragen van de bewoner zelf met betrekking tot diens seksualiteit. Een aanzienlijk aantal artsen (36%) meldt echter dat zij dit nog nooit meegemaakt hebben. Verder hebben veel artsen (55%) ook nog nooit meegemaakt dat een partner van een bewoner met vragen over seksualiteit komt. Vragen van de verpleging met betrekking tot seksualiteit van een bewoner lijken wat vaker voor te komen. Slechts 11 artsen (19%) geven aan dit nog nooit meegemaakt te hebben. Als deze vragen er zijn gaan de meesten er wel op in (71%).

Driekwart van de responderende artsen (76%) zal overigens nooit gesprekken over de behoefte aan seksualiteit van bewoners vermijden.

Kennis ten aanzien van seksualiteit bij ouderen in het algemeen en verpleeghuisbewoners in het bijzonder

Het blijkt dat geen enkele arts de mening is toegedaan dat lichamelijke ziekten altijd tot een vermindering van de seksuele behoeften zouden leiden. Op de vraag of seksuele uitingen van psycho-geriatrische bewoners meestal berusten op een gedragsstoornis, veroorzaakt door het psycho-geriatrische syndroom geven de meeste artsen (74%) terecht aan dat deze uitspraak gedeeltelijk waar is. Meer dan de helft van de artsen (58%) meent dat de uitspraak dat psychologische en sociaal-maatschappelijke factoren meer van invloed zijn op de seksualiteitsbeleving van ouderen dan lichamelijke factoren, gedeeltelijk waar is. Ongeveer een derde deel van de artsen (31%) is het met deze uitspraak, terecht, volledig eens. Het grootste deel van de artsen (83%) geeft ook weer terecht aan dat seksuele activiteit niet gevaarlijk hoeft te zijn voor ouderen na een doorgemaakt CVA. Hetzelfde geldt voor ouderen die hypertensie hebben of ouderen die een hartinfarkt doorgemaakt hebben. Nagenoeg alle artsen (92%) denken terecht dat er geen leeftijds-limiet met betrekking tot seksuele activiteit bestaat. Iets meer dan de helft van de artsen (52%) meent terecht dat het normaal is dat de intensiteit van een orgasme op oudere leeftijd afneemt.

Hebben medicijnen invloed op de seksualiteit bij ouderen? De meeste artsen denken dat barbituraten soms (64%) of altijd (27%) van invloed zijn op de seksualiteit. Hetzelfde geldt voor de neuroleptica. Met betrekking tot beta-blokkers geven 18 artsen (31%) aan dat deze altijd, en 38 artsen (66%) dat deze soms van invloed zijn. Het grootste deel vermeldt ook terecht dat opiaten soms invloed hebben op de seksualiteit (67%). Bijna alle ondervraagde artsen (93%) zijn tevens terecht van mening dat antidepressiva soms invloed hebben op de seksualiteit.

Houding van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij verpleeghuisbewoners

Verpleeghuisartsen realiseren zich dat een verpleeghuisbewoner, ook al heeft hij/zij geen partner, wel degelijk seksuele behoeften kan hebben (90%). Ook erkennen de meesten (91%) dat tijdens opname in het verpleeghuis veel inspanningen gericht zijn op herstel en behoud van het lichaam, maar dat dat niet een reden hoeft te zijn waarom een bewoner niet zou mogen toekomen aan seksualiteit. Slechts één arts (2%) geeft aan dat seksualiteit niet belangrijk is in het leven van de oudere mens. De overigen menen juist in meer of mindere mate dat dit wel belangrijk kan zijn in het leven van de oudere mens (46% resp. 52%). Het blijkt dat 25 artsen (43%) het er gedeeltelijk mee eens zijn dat het normaal is dat een verpleeghuisbewoner geslachtsgemeenschap heeft. Meer dan de helft (57%) vindt dit volkomen normaal. Slechts 4 artsen (7%) vinden dat seksualiteit van verpleeghuisbewoners alleen plaats mag vinden binnen een vaste relatie.

Bijna alle artsen (88%) vinden dat het verpleeghuis er voor moet zorgen dat er voldoende privacy voor bewoners is zodat zij seksueel actief kunnen zijn, zonder bang te hoeven zijn gestoord te worden. Van zes artsen (10%) mag er in het verpleeghuis geen prostituée komen om de seksuele behoeften van een bewoner te bevredigen. Het grootste deel van de artsen (59%) is het hier echter niet mee eens.

Meer dan de helft van de artsen is niet op de hoogte van eventuele mogelijkheden tot seksuele hulpverlening in het verpleeghuis (54%). Zij die hier wel van op de hoogte zijn, geven de volgende mogelijkheden aan: privékamer (n=5), SAR (Stichting alternatieve relatiebemiddeling) (n=5), aanbieden escortservice voor gehandicapten/ouderen (n=11), vibrator, boekjes, verlof naar huis, tijdschrift, video, bureau seksuele hulpverlening bij gehandicapten Arnhem, dildo's, SED (Stichting erotische dienstverlening), aandachtspunt bij patiëntenbespreking. Twee artsen (3%) melden dat zij heel goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot seksuele hulpverlening in het verpleeghuis, namelijk: "helemaal geen!!"

Visie op hoe de functie van de verpleeghuisarts zou moeten zijn ten aanzien van de behoefte aan seksualiteit van verpleeghuisbewoners

Geen enkele arts vindt dat seksualiteit puur in de privé-sfeer ligt en dat het daarom een terrein is waarmee een arts zich niet zou mogen bemoeien. Bijna alle artsen (90%) zijn van mening dat als een arts zich hiermee niet wil bemoeien hij/zij de bewoner hierin wel dient te verwijzen.

De helft van de artsen (51%) is het er maar gedeeltelijk mee eens dat de verpleeghuisarts een belangrijke taak zou moeten hebben bij het bespreekbaar maken van de behoefte aan seksualiteit van bewoners. Een aantal artsen (15%) is het hiermee zelfs helemaal niet eens. Ook is ongeveer de helft van de artsen (48%) het er maar gedeeltelijk mee eens dat de verpleeghuisarts een belangrijke taak zou moeten hebben bij het zoeken van oplossingen bij problemen met betrekking tot seksualiteit van de bewoner. Iets minder dan de helft (42%) vindt dit wel een belangrijke taak van de verpleeghuisarts. Meer dan de helft van de ondervraagde artsen (53%) vindt wel dat een verpleeghuisarts een belangrijke taak zou moeten hebben bij de beleidsvorming in het verpleeghuis ten aanzien van seksualiteit van bewoners.

Zou seksualiteit geïntegreerd moeten worden in de zorgverlening, net zoals bijvoorbeeld de verzorging van decubitus? Een beperkt aantal artsen (19%) is het hiermee eens. Een derde van de artsen (31%) vindt van niet, en de helft van de artsen (50%) is het er gedeeltelijk mee eens en gedeeltelijk mee oneens.

Beschouwing

Discussie en conclusies

Allereerst een aantal opmerkingen over de beperkingen van dit onderzoek. De gegevens van dit onderzoek kunnen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar alle verpleeghuisartsen. Er is gebruik gemaakt van een selecte steekproef. Mogelijk is dit van invloed op de resultaten geweest. De methode en het onderwerp van dit onderzoek kunnen aanleiding gegeven hebben tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit kan betekenen dat er een positiever beeld van de praktijk gegeven is.

Er blijkt in de meeste verpleeghuizen op geen enkele wijze aandacht besteed te worden aan het onderwerp "behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners". Dit is op zich niet vreemd omdat ook uit de literatuur blijkt dat seksualiteit in verpleeghuizen vaak beschouwd wordt als een taboe (Janssen, 1991).

Zeer opvallend is dat bijna geen enkele arts ooit aan een bewoner vraagt naar diens behoefte aan seksualiteit. Ook blijkt dat er weinig vragen over seksualiteit vanuit de bewoners zelf komen. Het lijkt dan ook belangrijk dat verpleeghuisartsen zich meer bewust worden van het gegeven dat er reële behoefte aan seksualiteit bij bewoners kan bestaan en dat zolang er niemand over dit onderwerp begint of durft te beginnen er niets boven tafel zal komen.

De meeste verpleeghuisartsen lijken over redelijk voldoende kennis over seksualiteit bij gezonde en zieke ouderen te beschikken. Deze conclusie mag echter slechts met zeer veel terughoudendheid genomen worden. In dit onderzoek zijn namelijk slechts een beperkt aantal kennistoetsende vragen gesteld. Bovendien realiseert de onderzoeker zich dat kennistoetsen in het algemeen zeer moeilijk is. Ook blijkt dat de houding van verpleeghuisartsen ten aanzien van seksualiteit bij verpleeghuisbewoners over het algemeen positief is. Bijna allemaal vinden ze dat het verpleeghuis ervoor moet zorgen dat er voldoende privacy voor bewoners is, zodat zij seksueel actief kunnen zijn zonder gestoord te worden.

Opvallend is wel dat meer dan de helft van de verpleeghuisartsen niet op de hoogte is van de huidige mogelijkheden van seksuele hulpverlening in het verpleeghuis. De discrepantie tussen de positieve houding van verpleeghuisartsen ten opzichte van seksualiteit bij verpleeghuisbewoners, het gebrek aan initiatief om zelf naar de behoefte aan seksualiteit te vragen, en het nauwelijks op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot seksuele hulpverlening in het verpleeghuis is zeer opvallend. Zou het niet belangrijk zijn om aan verpleeghuisbewoners te vragen wat ze zelf willen, en op welke manier je hieraan tegemoet zou kunnen komen?

Geconcludeerd mag worden dat verpleeghuisartsen het wenselijk achten dat seksuele problematiek binnen hun aandachtsgebied valt. Hiermee wordt dan het ingaan op seksuele problemen van bewoners, en het zoeken van oplossingen daarvoor bedoeld. De meesten vinden het eveneens belangrijk een taak te hebben bij de beleidsvorming hieromtrent in het verpleeghuis.

Belangrijk is dat seksualiteit in verpleeghuizen uit de taboesfeer gehaald wordt. Dit kan door in te gaan op serieuze vragen van bewoners, door voorlichting en mentaliteitsverandering (de Bruyn, 1986). Ligt juist ook hier niet één van de belangrijkste taken van de verpleeghuisarts, namelijk door seksualiteit bespreekbaar te maken, zowel met de bewoner zelf als met medewerkers van het verpleeghuis?

Dankbetuiging

Mijn dank gaat uit naar Mevr. A. Vijfinkel, Mevr. M. Maas-Jongerius en Dhr. M. Muller voor hun enthousiaste begeleiding tijdens het onderzoek. Speciale dank ben ik verschuldigd aan Dhr. J. Schols voor zijn zeer enthousiaste begeleiding tijdens het onderzoek en hulp bij het vervaardigen van dit manuscript.

Summary

They never ask for it.

A study about the coping of nursing home physicians with sexuality of nursing home patients.

The purpose of this study was to find answers for the following questions: do nursing home physicians recognize the sexual problems and needs of nursing home patients? And what is their knowledge, attitude and functioning towards sexuality of nursing home patients?

Conclusions: Most nursing homes pay little attention to sexuality of their patients. Practically none of the nursing home physicians ever asks a patient about his or her sexual needs. Nevertheless, when a nursing home patient has questions about his own sexuality, most nursing home physicians are willing to discuss these questions with the patient. The majority of the nursing home physicians seem to have adequate knowledge of sexuality of older patients. In general, the attitude of nursing home physicians towards sexuality of their patients is positive. However, at this moment the functioning of nursing home physicians is passive, it is restricted to only answering questions which are asked only occasionally.

Literatuur

- Bruyn, J.W.G. de (1980). Een proefonderzoek naar de seksualiteitsbeleving van hoogbejaarden in een verzorgingstehuis. *Gerontologie*, 11: 197-203.
- Bruyn, J.W.G. de (1986). Seksualiteitsbeleving in bejaardenoorden en verpleeghuizen. *Geriatric-informatorium*, D 1515: 1-13.
- Heyden, A.M.M.L. van der (1993). *Seksualiteitsbeleving bij verpleeghuisbewoners, een proefonderzoek*. Scriptie in het kader van de opleiding tot verpleeghuisarts. VU, Amsterdam.
- Janssen, W. (1991). *Gerimpeld gevrij gedoogd*. Afstudeerscriptie verplegingswetenschap. Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Levie, L.H. (1986). Sex en senium. *Vox Hospitii*, 10: 49-52.
- Moors, J.P.C. (1994). Problemen rond seksualiteit bij ouderen. *Ontwikkelingen in de geriatrie*. Boerhaave Comm, Leiden.
- Wasow, M. M. en Loeb (1979). Sexuality in nursing homes. *J. Am. Ger. Society*, 27, 2: 73-79.
- White, C.B. (1982). Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Arch. Sex. Behav.*, 11: 11-21.
- White, C.B. (1982). A scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. *Arch. Sex. Behav.*, Vol.11, 491-502.

Bijlage VRAGENLIJST.

1. Wat is uw leeftijd?jaar.
 2. Wat is uw geslacht? 0 man 0 vrouw
 3. Bent u een: 0 geregistreerd verpleeghuisarts
 0 verpleeghuisarts in opleiding
 0 basisarts
 0 anders, namelijk:.....
4. Hoelang bent u werkzaam in een verpleeghuis?jaar.
 5. Op wat voor afdelingen werkt u? 0 alleen somatische afdelingen
 0 alleen psychogeriatrische afdelingen
 0 zowel somatische als psychogeriatrische afdelingen
 0 anders, namelijk:.....
6. Heeft het thema 'de behoefte aan seksualiteit bij verpleeghuisbewoners' op dit moment op enigerlei wijze de aandacht binnen uw verpleeghuis? (Denk bv. aan een 'prive-kamer', klinische les of gespreksgroep).
 0 nee
 0 ja. Zo ja, kunt u beschrijven op welke manier?
7. Ik word nooit geconfronteerd met de behoefte van de bewoner aan seksualiteit.
 0 mee eens
 0 gedeeltelijk mee eens en gedeeltelijk mee oneens
 0 mee oneens
8. Op welke manier inventariseert u de behoefte aan seksualiteit bij verpleegpleeghuisbewoners?
- | | altijd | soms | nee | nooit meegemaakt |
|--|--------|------|-----|------------------|
| A. Ik vraag aan de bewoner naar de behoefte aan seksualiteit. | 0 | 0 | | |
| B. Ik ga in op vragen van de bewoner met betrekking tot de behoefte aan seksualiteit. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C. Ik ga in op vragen van de partner ten aanzien van de behoefte aan seksualiteit van de bewoner. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D. Ik ga in op vragen van de verpleging ten aanzien van de behoefte aan seksualiteit van de bewoner. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| E. Gesprekken over de behoefte aan seksualiteit van bewoners zal ik vermijden. | 0 | 0 | 0 | 0 |
9. Tijdens de bespreking van het multi-disciplinaire behandelplan/ zorgplan komt de behoefte aan seksualiteit van de bewoner aan de orde.
 0 standaard
 0 alleen als het een probleem vormt
 0 nooit
- | | waar | gedeeltelijk waar | onwaar |
|---|-------------|-------------------|-------------|
| 10. Lichamelijke ziekten leiden altijd tot een vermindering van de seksuele behoeften. | 0 | 0 | 0 |
| 11. Seksuele uitingen van psycho-geriatrische bewoners berusten meestal op een gedragsstoornis, veroorzaakt door het psycho-geriatrische syndroom. | 0 | 0 | 0 |
| 12. Psychologische en sociaal-maatschappelijke factoren zijn meer van invloed op de seksualiteitsbeleving van ouderen dan lichamelijke factoren. | 0 | 0 | 0 |
| 13. Seksuele activiteit is vaak gevaarlijk bij ouderen die:
A. een CVA gehad hebben.
B. een hartinfarkt gehad hebben.
C. hypertensie hebben. | 0
0
0 | 0
0
0 | 0
0
0 |
| 14. Hebben de volgende medicijnen invloed op de seksualiteit bij ouderen?
A. barbituraten.
B. neuroleptica.
C. beta-blokkers.
D. anti-depressiva.
E. opiaten. | | nee
soms | altijd |
| 15. Een prostaatrectomie bij een oudere man is altijd van invloed op de seksualiteit. | 0 | 0 | 0 |
| 16. Alhoewel er leeftijd-gerelateerde fysiologische veranderingen optreden (zoals bv. atrofie van de vagina en een verminderde ejaculatie-urge) is er geen leeftijds-limiet met betrekking tot seksuele activiteit. | 0 | 0 | 0 |
| 17. Het is normaal als de intensiteit van een orgasme afneemt bij ouderen. | 0 | 0 | 0 |
| 18. De man is seksueel het zwakkere geslacht, dat wil zeggen dat bij mannen op oudere leeftijd de seksuele activiteit meer afneemt dan bij vrouwen. | 0 | 0 | 0 |
| 19. Verpleeghuisbewoners zonder partner hebben geen seksuele behoeften. | 0 | 0 | 0 |
| 20. Tijdens opname in een verpleeghuis zijn veel inspanningen gericht op herstel en behoud van het lichaam en haar functies. Daarom komt een bewoner niet aan seksualiteit toe. | 0 | 0 | 0 |

Vragen die worden overgeslagen in het verpleeghuis 409

21. Bent u op de hoogte van mogelijkheden tot seksuele hulpverlening in het verpleeghuis?

0 nee

0 ja. Zo ja, kunt u dan beschrijven welke mogelijkheden u kent?

	mee eens	ged. mee eens/ ged. mee oneens	mee oneens
22. Ik vind het normaal als een verpleeghuisbewoner geslachtsgemeenschap heeft	0	0	0
23. Seksualiteit van verpleeghuisbewoners mag alleen plaats vinden binnen een vaste relatie.	0	0	0
24. Seksualiteit verbind ik in de eerste plaats met voortplanting.	0	0	0
25. Seksualiteit zie ik als een middel waarbij genieten centraal staat.	0	0	0
26. Seksualiteit is belangrijk in het leven van de oudere mens.	0	0	0
27. Ouderen die seksueel actief zijn vind ik vitaler dan ouderen die dat niet meer zijn.	0	0	0
28. Verpleeghuisbewoners mogen hun seksuele interesse niet bekend maken.	0	0	0
29. Medewerkers van een verpleeghuis mogen nooit seksuele activiteiten van bewoners stimuleren.	0	0	0
30. Het verpleeghuis moet er voor zorgen dat er voldoende privacy voor bewoners is zodat zij seksueel actief kunnen zijn zonder bang te hoeven zijn gestoord te worden.	0	0	0
31. Als twee bewoners willen vrijen moet dat mogelijk zijn.	0	0	0
32. In het verpleeghuis mag geen prostituée komen om de seksuele behoeften van een bewoner te bevredigen.	0	0	0
33. Seksualiteit ligt in de prive-sfeer en daarom vind ik dat het een terrein is waarmee een verpleeghuisarts zich niet mee mag of hoeft te bemoeien.	0	0	0
34. Als een verpleeghuisarts zich niet wil bemoeien met seksualiteit van de bewoner dient de verpleeghuisarts de bewoner daarin te verwijzen.	0	0	0
35. De verpleeghuisarts zou een belangrijke taak moeten hebben ten aanzien van het bespreekbaar maken van de behoefte aan seksualiteit van bewoners.	0	0	0
36. De verpleeghuisarts zou een belangrijke taak moeten hebben bij het zoeken naar een oplossing bij problemen met betrekking tot de seksualiteit van de bewoner.	0	0	0
37. Ik beschik over voldoende kennis om seksualiteit in het verpleeghuis bespreekbaar te maken.	0	0	0
38. Ik beschik over voldoende vaardigheden om seksualiteit in het verpleeghuis bespreekbaar te maken.	0	0	0
39. Seksualiteit zou geïntegreerd moeten worden in de zorgverlening, net zoals bv. de verzorging van decubitus.	0	0	0
40. De verpleeghuisarts zou een belangrijke taak moeten hebben bij de beleidsvorming in het verpleeghuis ten aanzien van seksualiteit van bewoners.	0	0	0