



SHIFT TRAINING ASSESS AND COMMUNICATE

SEXUAL HEALTH IN THE OVER FORTY-FIVES

Nota:

Deze tekst is bedoeld als een begeleiding, maar de specifieke inhoud/focus van de module zal variëren afhankelijk van de participanten, hun noden en ervaring.

Bij organiseren van de module dient rekening gehouden te worden met:

- Is het gemikt op een algemeen en heterogeen publiek?
- Is er een specifieke groep (beroep, werkveld, niveau van opleiding,) die een homogenere groep vormt?

De lesgever moet daarnaast in het bezit zijn van:

- Kennis over communicatieve vaardigheden.
 - Verbindende communicatie;
 - Het Onder 4 Ogen methode.
- Comfortabel voelen om seksuele gezondheid te bespreken.

De lesgever mag uiteraard ook zijn/haar eigen nadruk of invalshoek brengen aan het materiaal.

Inhoud

Introductie SHIFT.....	3
Doel van deze module.....	3
Leerdoelen	3
Materialen.....	3
Wie zou er moeten deelnemen?.....	4
Wat kan je verwachten van deze module?	4
Legende	5
Aanpak	5
SHIFT Onderzoeksproject	5
Vóór de module (om uit te sturen)	5
Leerdoelen adhv SHIFT.....	6
Planning (voorstel)	6
Ijsbrekers	7
Flipped classroom, concepten/definities kort bespreken.....	7
Communicatie	8
Zelfevaluatie van noden uit de eigen dagelijkse praktijk.....	10
Communicatie rond intimiteit en seksualiteit: conceptueel kader.....	11
Conceptueel model: Verbindende communicatie	11
Huiswerk ter voorbereiding dagdeel 2:.....	14
Tweede dagdeel	14
Observatie oefening 2.....	14
Bespreking casestudies	16
Startpunt?	16
Sex, lies and stereotypes.....	16
De O4O methode: durven, luisteren, samenwerken	17
Communiceren met anderstaligen	18
De sekskoffer: psycho-educatie tool.....	18
Het SHIFT model.....	20
Bibliografie	21
Bijlage 1: instructies casus	22
Bijlage 2: Creatieve tools om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.....	23
Kennisbevorderende initiatieven.....	23
Bijlage 3 SWOT	25

Introductie SHIFT

Het SHIFT project – kort voor ‘**Sexual Health In the over ForTy-fives**’ - maakt deel uit van het Europese Interreg 2 Zeeën-programma en loopt van 1 maart 2019 tot 31-03-2023.

Het SHIFT-project wil mensen ouder dan 45 jaar ondersteunen om gemakkelijker de weg te vinden naar seksuele gezondheidsdiensten en hierdoor hun seksuele gezondheid en welzijn te verbeteren. Hierbij legt men tevens een specifieke focus op sociaaleconomisch achtergestelde groepen. Op basis van samenwerking tussen België, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk, herbekijkt men hoe diensten in kader van seksuele gezondheidszorg worden geleverd. Om diensten te leveren die goed aansluiten bij de noden van 45-plussers en sociaaleconomisch achtergestelde groepen werden op basis van literatuurstudie, kwantitatief en kwalitatief onderzoek, concrete aanbevelingen gedaan binnen het SHIFT project. Naast het verbeteren van bewustzijn bij de doelgroepen en de toegang tot seksuele gezondheidsdiensten, werd de nood aan doelgerichte opleidingen voor gezondheids- en welzijnsprofessionals aangekaart. Samen zouden deze inspanningen moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit van leven van 45-plussers (met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen) en een afname van gezondheidsongelijkheid.

Voor meer uitgebreide informatie over het algehele SHIFT project bekijk ook:

<https://shift-sexual-health.eu/nl/>

Doel van deze module

Het SHIFT-project wil een trainingsprogramma creëren, testen en langdurig inbedden voor professionals in de gezondheids- en welzijnszorg die werken met 45-plussers. We willen professionals ondersteunen bij het aanbieden van seksuele gezondheidszorg aan eerder ‘moeilijk bereikbare groepen’. Onze tweeledige strategie is om het vertrouwen van professionals in het bespreken van seksuele gezondheid met 45-plussers te vergroten en professionals die met kwetsbare populaties werken de nodige kennis, vaardigheden en tools te geven om seksuele gezondheid op de agenda te zetten en de toegang tot diensten te vergemakkelijken.

Deze module is één van de 4 gezamenlijk geproduceerde modules die we aan het testen zijn om een trainingsprogramma te vormen dat relevant is voor alle delen van het 2 Zeeën-gebied.

Leerdoelen

Volgende leerdoelen komen aan bod in deze module maar niet in een bepaalde volgorde:

1. Het creëren van een **grotere bewustwording** rond de thematiek door de wijze waarop we **communiceren** onder de loep te nemen.
2. **Het belang aankaarten** om de weg naar diensten duidelijker te maken voor alle **45-plussers en kwetsbare groepen**.
3. De **kennis** van zowel de zorg- en andere professionals als van de **45-plussers rond communicatie te verhogen**.
4. **Negatieve attitudes en stigma** aanpakken door casussen en beelden te analyseren en **verbindende communicatiemethodes** toe te passen.

Materialen

Elke deelnemer heeft toegang gehad tot de virtuele leeromgeving van SHIFT. De ‘start to SHIFT’ e-learning module werd doorlopen voor aanvang van deze module.

Deze module wordt ondersteund door een bijhorende PowerPoint presentatie voor de begeleider. Voor elk onderdeel wordt er gerefereerd naar de bijhorende slides. Het is aan de begeleider welke effectief gebruikt zal worden voor in de les. Dit kan afhankelijk zijn van welke participanten de module volgen.

Elke deelnemer heeft tijdens de module een pc, laptop of tablet ter beschikking, mét internet verbinding.

Wie zou er moeten deelnemen?

Deze module richt zich op alle gezondheidsprofessionals en sociale zorgprofessionals die werken met de 45+ populatie. De SHIFT-trainingen vertrekken vanuit de visie dat verschillende zorgverleners kunnen bijdragen aan seksuele gezondheid en seksueel welbevinden. Men vertrekt vanuit de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

“Sexual health is an integral part of overall health, well-being and quality of life.

It is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity.”(World Health Organization, 2021)

Hieronder een (niet-exhaustieve) lijst van professionals die mogelijks interesse hebben in deze verdiepende module:

- Artsen (huisarts, gynaecoloog, neuroloog, oncoloog, ...)
- Verpleegkundigen
- Kinésitherapeuten
- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Apothekers
- Psychologen
- Vroedvrouwen
- Menopauze consulenten
- Relatie consulenten
- Orthopedagogen
- Sociaal (cultureel) werkers
- ...

Wat kan je verwachten van deze module?



- Theoretische kaders ontvangen om het belang van communicatie rond intimiteit en seksualiteit te onderstrepen.
- Stilstaan bij eigen attitudes, kennis en competenties over communicatie rond intimiteit en seksualiteit.
- Het conceptueel model van ‘verbindende communicatie’.
Geweldloze communicatie van Marshall B. Rosenberg, In onze opleiding praten we resoluut over ‘Verbindende communicatie’
- Toepassing van de ‘Onder 4 ogen’ (O4O) methode van Sensoa.
- Aantal casussen vanuit de eigen praktijk van de zorg- en welzijnsprofessionals.
 - Hier besteden we aandacht aan verschillen:

- tussen beroepen (professionele rol)
- doelgroepen (binnen de 45+)
- soort contacten met doelgroepen (eenmalig, terugkeren, vlug, diep, ...)
- Een aantal illustraties van Els Messelis & Kimberly Berckmoes in groep bespreken (Messelis, 2018).
- Oefenmomenten.
- Tools die een gesprek kunnen bevorderen met groepen en individuen boven de 45+.
 - We sluiten af met tools die een gesprek kunnen bevorderen met groepen en individuen boven de 45+
 - In België bv. de sekskoffer, een psycho-educatie tool ontwikkeld door Els Messelis, die er door de werkwijze voor zorgt dat de rode kaken en oren verdwijnen en dat de communicatie rond seksualiteit en intimiteit zeer laagdrempelig wordt gehouden (bijlage 2: nog andere creatieve tools om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken).
- Tools voor communiceren met anderstaligen
 - Bvb zanzu.be en [communicatiewaaijer](https://www.integratie-inburgering.be/communicatiewaaijer) van integratie-inburgering <https://www.integratie-inburgering.be/communicatiewaaijer>

Legende



Beschrijft op welke slides van bijgevoegde PowerPoint de materie wordt behandeld.



Beschrijft onderzoeksresultaten uit het SHIFT project vanuit professionals uit de gezondheids- en welzijnssector.

Aanpak

Op dag 1 werken we o.m. casussen vanuit het eigen werkveld uit en leren we de principes van verbindende communicatie (Marshall B. Rosenberg) en de inzichten vanuit het SHIFT project op een interactieve manier kennen.

Op dag 2 leer je o.m. de principes van verbindende communicatie in een oefening verder toe te passen alsook praktijkgericht aan de slag te gaan met de Onder Vier Ogen methode 'O40' (Sensoa) om individuele gesprekken met patiënten/cliënten te voeren.

We sluiten het geheel af met de bespreking van de psycho-educatie tool voor groepsgesprekken 'De Sekskoffer' (Messelis, 2016), dit om de communicatie rond intimiteit en seksualiteit op een ludieke manier verder aan te zwengelen.

SHIFT Onderzoeksproject

Deze cursus is ontwikkeld in het kader van het SHIFT onderzoeksproject.

Dit project is een Europese samenwerking tussen regio's in zuidoost Engeland, het noorden van Nederland en Vlaanderen. Het project wordt gefinancierd door Interreg 2 Zeeën.

Vóór de module (om uit te sturen)

2 à 4 weken voor de start van de module worden:

- Link naar Start2Shift doorgestuurd met de vraag om die te volgen.
- Instructies gegeven om casussen uit eigen praktijk te selecteren om ze dan mee te brengen naar de cursus. Zie Bijlage 1: .

DAGDEEL 1 (GELINKT AAN PRESENTATIE DAGDEEL 1)

Tijdens de introductie leggen we uit dat deze module ontwikkeld is in het kader van het SHIFT project en legt kort uit wat het is. Later gaan we dieper in op wat het SHIFT project vanuit de verschillende onderzoeksprojecten als aanbevelingen formuleert i.v.m. communicatie. Verder worden de noden en de barrières van de doelgroep geschetst. Het rapport van de bevraging en focusgroepen met professionals van diverse sociale en gezondheidszorgverleners dienen als basis voor de leerdoelen op Dia 3 geschetst.

Leerdoelen adhv SHIFT

- Het verwerven van competenties op basis van casestudy's uit de eigen dagelijkse praktijk
Deelnemers brengen eigen casus mee (wordt tevens als ijsbreker gebruikt)
- Inzicht verwerven in de beginsituatie van de eigen competenties
- Inzicht krijgen in basisattitudes voor gepaste communicatie met de doelgroep. *Dit linken we eerst aan de theorie rond 'Verbindende communicatie'. Nadien spelen de lesgevers een casus na 'hoe het niet moet'. Dan is het aan de deelnemers om zelf uit te werken hoe ze het wel zouden aanpakken (met theorie van verbindende communicatie in gedachten). Er kan daarnaast ook 1 illustratie gebruikt worden om de invloed van het eigen referentiekader op observatievermogen - en dus communicatievaardigheden - te bespreken.*
- De 'Onder 4 ogen' methode leren en toepassen.
Om een gesprek over seksuele gezondheid te beginnen en te onderhouden met 45-plussers in diverse situaties (in individuele gesprekken met cliënt/patiënt) aan de hand van een rollenspel 1 op 1 (eigen casus) en/of aan de hand van voorbereide casussen.
- Erkenning van de gevolgen van communicatie op de seksuele gezondheid van de cliënt.
- Seksuele gezondheid (in een groep) bespreekbaar maken.
Groepsgesprekken met de doelpopulatie rond seksuele gezondheid begeleiden (bv. aan de hand van de sekskoffer of eventuele andere tool)
- Zelfevaluatie over groei.



Slides 3-3

Planning (voorstel)



Slides 5-5

Dagdeel 1 Introductie Deze module en het SHIFT project Ijsbreker Zelfevaluatie van noden uit de eigen dagelijkse praktijk ahv eigen casus Communicatie rond intimiteit en seksualiteit Verbindende communicatie Seksualiteits- en communicatiedrempels Afronding	Dagdeel 2 Ijsbreker SWOT-analyse Communicatie rond intimiteit en seksualiteit Onder 4 Ogen methode Communicatie met anderstaligen Oefeningen Bespreking casussen Verbindende communicatie O4O Rolspellen Een groepsgesprek: de sekskoffer Afronding
---	--

Ijsbrekers

Voorstelling en 'groepsvorming'



Slides 6-6

Dit hangt sterk af van het aantal deelnemers, of ze elkaar al kennen, samen werken enz... een homogene of heterogene groep.

Dit kan in kleine groepen worden gedaan, anders duurt het te lang. Deelnemers schetsen kort wie ze zijn en waarom ze deelnemen aan de opleiding. Verschillende beroepen, contexten en cliënt/patiënten groepen bespreken. Leren van elkaar.

- *Probeer gelijkenissen en verschillen tussen deelnemers naar voor te brengen op diverse vlakken:*
 - *Gezondheidszorg of welzijnszorg?*
 - *Nieuw in job of lange ervaring?*
 - *Seksuele gezondheid en welzijn deel van rol/taak of niet? (impliciet/expliciet)*
 - *Hebben andere collega's hier aandacht voor? Voelen ze dat niemand anders daar aandacht voor heeft?*
 - *Verschillende doelgroepen/populaties van cliënten/patiënten*
 - *Eenmalig contact of langdurige relaties met cliënten/patiënten (vertrouwensband)*
 - *Verwachtingen van opleiding*
 - *Hebben start 2 shift doorgenomen (link naar volgende dia's)*
 -

Bij een online versie hebben we dit vereenvoudigd en cursisten hebben antwoorden op een whiteboard gezet

- Jouw naam, functie, organisatie
- Wat roepen de termen seksualiteit/intimiteit op?

Flipped classroom, concepten/definities kort bespreken



Slides 7-7

*Deze materie werd behandeld in de Start2Shift e-learning, die aanbevolen werd te volgen vooraleer deze module van start ging. De krachtlijnen ervan worden hier kort met de deelnemers besproken. Dit wordt een soort 'flipped classroom' waarbij alle definities in een gesprek besproken worden, eerder dan dat ze uitgelegd en meegegeven worden. Misschien worden de dia's niet getoond maar kunnen ze in de presentatie zitten ter ondersteuning achteraf. Dit deel zal minder of meer tijd in beslag nemen, afhankelijk van de beginsituatie van de deelnemers. **Tijd hier beperken om meer tijd te laten oefenen, casussen bespreken. Die kunnen terug naar de Start2Shift module gaan.***

INTIMITEIT

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



Slides 8-8

SEKSUALITEIT

"Seksualiteit is een centraal aspect van het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed



Slides 9-9

door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.” (WHO, 2006).

SEKSUELE GEZONDHEID

Uitgaande van deze definitie houdt seksuele gezondheid meer in dan alleen het voorkomen van negatieve aspecten van seksualiteit zoals seksueel geweld, ongewenste zwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).



Slides 10-10

De WHO definieert seksuele gezondheid als: *“Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.”* (WHO, 2006).

SEKSUELE RECHTEN



Slides 11-11

De seksuele rechten zijn internationaal vastgelegd in verdragen die door de meeste landen zijn ondertekend. Deze rechten sluiten aan op de fundamentele en universele rechten van de mens en dus ook op die van jongeren. De belangrijkste rechten van het individu zijn (WHO, 2006):

- Het hoogst haalbare niveau van seksuele gezondheid, met inbegrip van toegang tot seksuologische en reproductieve gezondheidszorg.
- Het verkrijgen en verlenen van informatie over seksualiteit.
- Seksuele en relationele vorming/seksuele voorlichting.
- Respect voor lichamelijke integriteit.
- Vrije partnerkeuze.
- Keuzevrijheid om wel of niet seksueel actief te zijn.
- Seksuele relaties met wederzijdse instemming.
- Huwelijk of partnerschap met wederzijdse instemming.
- Keuzevrijheid om wel of niet kinderen te krijgen en wanneer.
- Het nastreven van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven.

Dit kan gekaderd worden door cursisten te vragen de maat dat die rekening hiermee houden in de praktijk, dat het mogelijk is gezien de organisatie van het werkveld. Horen seksuele rechten bij het basis grondrecht? Seksuele gezondheid gaat niet enkel over problemen, overschrijdend gedrag,maar recht om seksualiteit te kunnen beleven.

Noot: De drie bovenstaande definities zijn te vinden op <https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/seksualiteitsbeleid-maken/een-visie-ontwikkelen/definities-volgens-de-who>

Communicatie

- Communicatie is interactie.
- Het is onmogelijk om niet te communiceren (Watzlawick)
- Het gaat vooral over het maken van een gemeenschappelijke betekenis (Redeker).
- *Stilstaan: wat is communicatie?*



Slides 12-12

OBSERVATIE-OEFENING 1

Hun noden voor de opleiding zijn al besproken, de basis definities ook. Dan gaan we nu over naar een observatie oefening om stil te staan bij de eigen kijk naar seksualiteit bij oudere volwassenen. Zonder te veel uitleg, enkel de drie vragen stellen en tijd geven om de illustratie te bekijken, na te denken en antwoorden op te schrijven.



Slides 13-14

De cursisten kunnen eigen bevindingen delen zonder dat er reactie/oordeel/interpretatie komt en er zijn verschillende perspectieven, waarnemingen...



Analyse van illustratie

Wat heeft de illustratie met communicatie over seksualiteit en intimiteit te maken?

Op basis van de loutere observatie van de illustratie (dus zonder de info over de situatieschets te kennen) worden nu volgende vragen voorgelegd:

- Wat lees jij uit de illustratie af?
- Wat roept de illustratie op?
- Welk gevoel heb je daarbij?

Nadien worden onderstaande stellingen en scenario's voorgelezen.

Stellingen

- 'Het is storend als een oudere man zich gedraagt als vrouw/een oudere vrouw zich gedraagt als man'.
- 'Respect voor volwassen includeert aandacht, alsook het ondersteunen van zaken die ze belangrijk vinden aangaande voorkomen, verzorging en kledij'.
- 'Mensen van bepaalde leeftijden mogen intiem zijn in het openbaar, andere leeftijden niet'.

Scenario

'Een oudere transgender vrouw (voelt zich al heel zijn leven vrouw maar heeft zich nooit laten opereren en ziet er echt 'mannelijk' uit) die halfzijdig verlamd en rolwagen gebonden is, wordt aangekleed door de zorgkundige. Deze wordt elke dag met nadruk gevraagd om de netkousen bij de senior aan te trekken en de mooiste oorringen aan de oren te hangen. De senior laat ook stellig altijd de vingernagels en teennagels lakken in een felrode kleur. Ze beseft dat het een stereotype gedrag is maar wil leven in de geest zoals zij vroeger leefde'.

Op basis van deze informatie wordt het groeps gesprek opnieuw in gang gezet.

Mogelijke bijkomende achtergrondvragen:

- Hoe speelt leeftijd een rol bij seksualiteit en intimiteit?
- Hebben mensen die rolwagen gebonden zijn een seksueel leven?
- Hebben oudere mensen een seksueel leven?
- Kunnen oudere mensen transgender zijn?

- Wat zijn je eigen gevoelens? Hoe zou jij reageren?
- Wat vind jij van de stelling(en)?
- Hoe denk je dat de verschillende personages zich voelen?
- Hoe reageren de mensen in het beeld?
- Hoe ga je hiermee om?
- Indien er weinig input van de deelnemers komt – waar zou je op zoek gaan naar informatie of doorverwijzing om je patiënt/cliënt verder te helpen? (kan doorverwijzen naar module Embrace Difference)
- ...

Conclusies en brug maken naar het eigen werkveld

- Welke conclusies trekken we vanuit ons eigen werkveld?
- Welke aandachtspunten nemen we mee naar het eigen werkveld?
- Zou je dit bespreken? Indien ja, hoe zou je dit aanpakken?

Zelfevaluatie van noden uit de eigen dagelijkse praktijk

Bij inschrijving in de module (en herinnering ongeveer 1 week voor de start van de module) krijgen de cursisten de opdracht om een casus (of meerdere) voor te bereiden en die mee te brengen naar de opleiding. Zie Bijlage 1: .



Slides 15-15

Het is niet enkel voor persoonlijke maar ook professionele groei dat zelfevaluatie belangrijk is. Als hulp- en zorgverleners moeten we zelfevaluatie toepassen op de communicatie die we voeren rond seksualiteit en intimiteit/seksuele gezondheid vanuit de eigen dagdagelijkse praktijk.

Zelfevaluatie van vb. je eigen attitudes, kennis en capaciteiten uit de eigen dagelijkse praktijk kan gezien worden als een goede basis om verankering te krijgen van kwaliteit in onze dagelijkse praktijk. Als we als individu aan de slag gaan met het stilstaan bij wat we willen, kunnen en effectief doen rond seksuele gezondheid en welzijn kunnen we de kwaliteit van ons handelen (bv. gesprekken initiëren en volhouden over seksuele gezondheid en welzijn met diverse cliënten) nagaan en dit ook desgevallend bijsturen.

Zelf-evaluatie kan bestudeerd worden vanuit verschillende invalshoeken met verschillende methodieken. In deze module wordt ervoor geopteerd om een oefening rond zelfevaluatie te doen enkel op basis van de 'noden' uit de eigen praktijk.

PLANNING ZELFEVALUATIE

- *Eerst zelf vragen (onderaan, laat die op dia verschijnen) beantwoorden,*
- *In groepjes 2 of 3, komen tot wat moeilijk is, welke noden er zijn, welke tools ze kennen, over welke competenties ze beschikken, ...rode draad om te delen in de groep*
- *Die in de grote groep bespreken.*

Nota: In bijlage 3 is er een sjabloon voor een SWOT analyse. Dit kan gebruikt worden indien de groep homogeen is, of in dezelfde instelling werkt om de thema's te bundelen. Of, indien cursisten identificeren dat hun werkomgeving een groot obstakel is, kan het aangeboden worden als een tool om het thema in hun werk bespreekbaar te maken.

VRAGEN VOOR ZELFEVALUATIE DEEL 1.

Kies een van je voorbereide casussen en beantwoord kort voor jezelf (schrijf neer)

- Waarom koos je die bepaalde casus?

- Wat maakt deze casus interessant/uitdagend?
- Wat maakt deze casus lastig?
- Wat mis je?
- Wat heb je nodig om hiermee verder te kunnen?
- Welke tools heb je nodig?
- Welke specifieke competenties heb je eerder verworven in het bespreken van seksuele gezondheid?
- Wat heb je geleerd uit de generieke module van het SHIFT project? Wat heb je geleerd uit anderen opleidingen/vormingen?

Communicatie rond intimiteit en seksualiteit: conceptueel kader

“Wat ik in mijn leven wil is mededogen, Een stroom tussen mijzelf en anderen,



Slides 16-16

Gebaseerd op wederzijds geven vanuit het hart.” Marshall B. Rosenberg

In deze module worden twee kaders gebruikt om communicatie te kaderen, één over communiceren in het algemeen en het tweede gericht op communiceren over seksuele gezondheid. Die zullen kort toegelicht worden, mits relevante kanttekeningen (i.v.m. 45+) en in deel 2 sterk geoefend. We zullen ook de drempels om te communiceren uit SHIFT project en literatuur bespreken.

Conceptueel model: Verbindende communicatie

Geweldloze communicatie (Marshall B. Rosenberg) is niet alleen ontwapenend, doeltreffend maar ook verbindend. Vandaar dat wij opteren voor het gebruik van de term: “Verbindende communicatie”. Dit model helpt ons stevig in het leven te staan, te zeggen wat we willen én te horen waar het bij de ander om gaat. Het is een taal van mededogen waarmee we de machtsstrijd overstijgen en bewegen naar samenwerking en vertrouwen.



Slides 17-18

Dit model biedt dus een wijze van communiceren aan die ons vanuit het hart doet geven. Het doorbreekt oude gedragspatronen, zodat we ons niet langer verdedigen, terugtrekken of aanvallen als we oog in oog staan met veroordeling of kritiek. Hierdoor leren we onszelf en anderen kennen en zien we onze relaties en intenties in een nieuw daglicht. Op die manier verminderen weerstand, heftige reacties en defensief gedrag aanzienlijk.

De vier elementen van het verbindende-communicatieproces (Rosenberg, 2018)

Eerlijk uitdrukken hoe ik ben zonder te beschuldigen of kritiek te geven		Empathievol ontvangen hoe jij bent zonder een beschuldiging of kritiek te horen
	Waarneming	
1. Wat ik waarneem (zie, hoor, ruik, proef, voel), hetgeen we of niet bijdraagt aan mijn welzijn: 'Als ik (zie, hoor, ruik, proef, voel),...		1. Wat jij waarneemt (ziet, hoort, ruikt, proeft, voelt), hetgeen wel of niet bijdraagt aan jouw welzijn: 'Als jij (ziet, hoort, ruikt, proeft, voelt)...
	Gevoel	
2. Wat ik voel (een emotie of gevoel, en niet een		2. Wat jij voelt (een emotie of gevoel, en niet een

gedachte), in samenhang met wat ik waarneem Ik voel (me)...		gedachte), in samenhang met wat jij waarneemt: Jij voelt (je)...
	Behoeft	
3. Waar ik behoefte aan heb/wat ik waardevol vind (en niet zozeer een voorkeur of een specifieke handeling), hetgeen de oorzaak is van mijn gevoelens: '... omdat ik... behoefte heb aan/waardevol vind'.		3. Waar jij behoefte aan hebt/wat jij waardevol vindt (en niet zozeer een voorkeur of een specifieke handeling), hetgeen de oorzaak is van jouw gevoelens: '... omdat jij ...behoefte hebt aan/waardevol vindt'.
	Verzoek	
4. De concrete handelingen die ik graag zou zien: 'Ben jij bereid om...'		4. De concrete handelingen die jij graag zou zien: 'Zou jij willen...'

Dieper achtergrond materiaal over verbindende communiceren

[https://www.humanmatters.eu/sites/default/files/basisartikel over verbindende communicatie 0. pdf](https://www.humanmatters.eu/sites/default/files/basisartikel%20over%20verbindende%20communicatie%200.pdf) en <https://www.humanmatters.eu/nl/kenniscentrum/werkdocumenten>

Individuele OEFENING: *eigen casus herbekijken denken aan principes van verbindend communiceren. Welke standpunt heb je genomen? De 4 vragen (waarneming, gevoel, behoefte en verzoek) bekijken. Reacties laten noteren voor het deel over drempels enz. en bespreken.*

WAT ZEGT HET WERKVELD? SEKSUALITEITS- EN COMMUNICATIEDREMPELS BEVRAGING
SHIFT PROJECT



Slides 19-19

Dit kan ook vroeger aanbod komen indien drempels hoog bij zelfevaluatie of om om te gaan met geïdentificeerde drempels

Uit de focusgroepen en literatuuranalyse van het SHIFT project zijn misschien sommige items al aan bod gekomen in de groep tijdens de ijsbreker en zelfevaluatie...Probeer linken te leggen.

Communicatie drempels zoals:

- professional/cliënt andere startpunten/leefwerelden,
- woordenschat,
- verwachtingen van de professionele interactie,
- taal (zowel vreemde talen als inclusief taal) inclusief ZANZU.be bespreken, laten zien. Afhankelijk van de groep kan dit later besproken worden in meer detail anders is het een bewustwording van tools
- Woordenschat

bij alle interacties: seksualiteit en seksuele gezondheid bespreken kan die drempels scherper maken.

WOORDENSCHAT

Woorden zoals Taboe, mythes en vooroordelen zijn vaak door elkaar getrokken, bespreken eigen opvatting van die woorden



Slides 20-22

GROEPSPREK: WAT HEEFT SEKS MET MIJN JOB TE MAKEN?

Een gesprek kan sterk afhangen van de samenstelling van de groep. Want wat als deelnemers van de cursus geen specifieke/expliciete rol hebben om te werken rond seksuele gezondheid? Dit item zal reeds aan bod komen bij de ijsbreker, zelf-evaluatie, enz... Wat ook de functie is van de deelnemers, seksuele gezondheid hoort bij een holistisch, mensbeeld en is belangrijk in veel sociale en zorgberoepen.



Slides 23-24

Ook geven velen aan dat ze een **tekort aan kennis** hebben. Willen ze meer te weten komen over bepaalde topics, dan kunnen ze doorverwezen worden naar de andere modules zoals: embrace difference en reduce risk. We kunnen echter niet over alles alle informatie hebben. We kunnen wel nagaan of er een bepaalde drempel bestaat om specifieke kennis te sprokkelen. Cursisten kunnen ook aangemoedigd worden om te erkennen dat ze iets niet weten. Indien gebrek aan kennis over een bepaalde thematiek kan er ook info opgezocht worden (dit samen met cliënt/patiënt) en/of kan er doorverwezen worden.

Zijn er verder angsten om bepaalde zware onderwerpen aan te snijden als ze weten dat er geen **tijd** voor is? Hoe pakken ze ook andere dingen aan?

Starten is moeilijk, studies geven aan dat cliënten/patiënten wachten op professionals en vice versa... dus wie is verantwoordelijk?

Wat zijn de **gevolgen** om bepaalde vraagstukken/problemen niet te bepreken?

Meer dan 20 jaar geleden werd onderzoek rond deze topics gedaan, Het blijft een relevante topic omdat seksuele gezondheid nog steeds te weinig besproken wordt.

Hieronder wordt een lijst met mythes en realiteit naar voor gebracht:

**TABLE 1
COMMON MYTHS IMPEDING SEXUAL HEALTH IN LATE LIFE**

<i>Myth</i>	<i>Reality</i>
"Chronology, tranquility": Advanced age frees the individual from the tyranny of desire	True for a substantial minority of older adults. But most older persons with available partners are sexually active.
"Victorian": Women submit to sexual activity but should be ashamed to enjoy it. Masturbation is harmful to body and soul.	Guilt and shame are major obstacles to open discussion of sexual needs, preferences.
"Ignorance is bliss": Lack of information about the variety of sex roles and sexual expressions is protective	Ignorance about changes in sexuality related to age and the array of means partners use to give pleasure to one another promotes loss of sexual health.
"Seniors are sexually second class citizens": They are not responsive to treatment of sexual dysfunction	Sex and sex therapy are not only for the young.
"Frugality": Sexual energy should be saved rather than invested.	Lack of practice leads to atrophy not preservation of function.
"Menopause signals loss of libido" and amplifies the differences in intensity between male and female desire.	Many women become more sexually assertive following menopause
"Dirty old man": Older males who are not yet impotent are either predatory or indiscreet	With advanced age men become more sexually nurturing.
"Chronic or terminal illnesses mean death to sex": Severe illness robs one of libido	Older adults need not abandon interest in sex as a result of disability, disease or fatal prognosis
Same sex partners are incapable of mature intimacy; the real purpose of sex is procreation.	Clinical experience with older couples demonstrates that lasting affection and commitment transcend procreative capacity.
Older adults are not at risk for HIV infection.	With the increasing number of long-term AIDS survivors, and people HIV positive but not ill, condoms have become an essential feature of senior sex.

Adapted from Kennedy GJ. *Sexuality in Geriatric Mental Health Care*. The Guilford Press, New York, NY, 2000;175-191.

Kennedy GJ, Martinez MM, Garo N. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 1. 2010.

DREMPELS VERLAGEN VOLGENS HET SHIFT MODEL

Het SHIFT model spitst zich toe op 4 pijlers om seksuele gezondheid te bevorderen bij de 45+. Deze module is een manier om dit te doen op verschillende fronten:



Slides 25-27

KENNIS: komt aan bod in deze module door verschillende methodieken aan de reiken.

SHIFT Modules. Deze module over communicatie kan hun kennis en hun communicatievaardigheden verhogen; Start 2 SHIFT bevat een basis over 'normaal' ouder worden en seksuele gezondheid; Embrace difference biedt kennis over hoe omgaan met verschillende soorten diversiteit; Reduce risk handelt over soa's en zelfzorg.

Welke andere kanalen zijn er nog? Welke stappen kunnen gezet worden door cursisten?

De hulp- en zorgverlener moet ook niet alles weten en mogen doorverwijzen. Erkennen dat je niet weet en in gesprek gaan, vragen respectvol stellen (O4O model)

BEWUSTZIJN van professionals: in deze module is het de bedoeling om het belang van communicatie over seksuele gezondheid in te zien, onderling te durven praten over seksuele gezondheid, opportuniteiten zien om verbindend te communiceren bij identificatie van vraagstukken en problemen. Kan verder ondersteund worden door andere modules in het SHIFT project en extra info bij Sensoa, Rutgers Nederland,...

STIGMA: mythes en stereotypen erkennen en aanpakken.

Startpunt van cliënt (verbindende communicatie, geïnternaliseerd) voorbeelden uit rapport. Deze module, eigen stereotypen, gelinkt aan bewustzijn.

TOEGANG: toegang tot seksuele gezondheid integreren in het standaard aanbod. Professionals moeten niet alleen stilstaan bij wat kan vanuit de eigen professionele rol, ze moeten ook kunnen doorverwijzen en het aanbod aan sociale en gezondheidszorg integreren in hun werking.

Huiswerk ter voorbereiding dagdeel 2:

O4O en nieuwe blik naar werk brengen, observeren, reflecteren, nieuwe casussen voorbereiden



Slides 28-29

Cursisten vragen om eigen casus grondig te herbekeken na theorie verbindend communiceren en drempels. Als de lesgever hiermee comfortabel is een aanbod doen dat ze de casussen kunnen doorsturen in de tijd tussen de twee dagdelen om terug te koppelen bij start dagdeel 2.

Tweede dagdeel

Welkom terug, stilstaan bij huiswerk, observaties, belangrijke punten,... noteren



Slides 30-32

Observatie oefening 2

Wat heeft onderstaande illustratie te maken met bewustzijn, kennis, toegang en stigma? (indien tijd kan ook de volgende vraag gesteld worden: 'Wat heeft onderstaande illustratie te maken met seksualiteits- en communicatiedrempels')? **(Messelis-Berckmoes)**. Hier zijn we aan werken aan mythes, stereotypes, vragen stellen, trainen van vaardigheden/attitudes enz.



Slides 33-34



Op basis van loutere observatie van de illustratie (dus zonder de info over de situatieschets te kennen) worden nu volgende vragen voorgelegd:

- Wat lees jij uit de illustratie af?
- Wat roept de illustratie op?
- Welk gevoel heb je daarbij?

Nu wordt de stelling en het scenario voorgelezen:

Stelling

“Een koppel moeten ongeveer dezelfde leeftijd zijn, anders is dat niet normaal.”

Scenario

“Nadine (82) is een dame met beginnende dementie die in de serviceflat ‘De warme handen’ woont. Ze heeft aan de directie en haar burens verteld dat ze lesbisch is. Ze is actief binnen het lesbisch milieu en ze heeft een jongere vriendin die tevens haar levenspartner is. Haar jongere vriendin/levenspartner komt dagelijks op bezoek na haar werk. Dan lopen ze hand in hand in de gang van de serviceflat en kussen ze elkaar hartstochtelijk”.

Mogelijke bijkomende informatievragen

- Vind je het een recht dat een oudere vrouw kust in de wandelgang van de serviceflat met haar jongere levenspartner?
 - Mag liefde openlijk geuit?
 - Maakt het een verschil als die heteroseksueel zouden zijn?
 - Zou het een verschil maken als die allebei jonger waren?
- Hoe zou jij als zorgverlener of leidinggevende van een serviceflat hiermee omgaan?
- Hoe zou je reageren als er in jouw werkomgeving een koppel elkaar kust in de wandelgangen? Hoe zouden je collega's reageren?
- Zouden er regels moeten zijn rond het uiten van liefde/seksualiteit bijv. op de eigen kamer?
 - En als iemand thuis woont?
- Hoe zouden de reacties van de andere bewoners of collega's zijn denk je?
- Hoe zou je daarmee omgaan – sluit dit aan bij jouw waarden?
- Hoe denk je dat de verschillende personages zich voelen?
- Hoe ga je hiermee om?
- Bij wie kan je terecht met vragen? (Aditi vzw bespreken of gelijke instelling in NL)
- ...

Nabespreking en brug maken *naar het eigen werkveld*

- Welke conclusies trekken we?
- Welke aandachtspunten nemen we mee?

Dit is ook een kans om vragen, onduidelijkheden, bedenkingen van dagdeel 1 te bespreken.

Bespreking casestudies

Nieuwe casestudies sinds dag 1? Inzichten? Iets geprobeerd? Goed/slecht afgelopen?

Andere noden?



Slides 35-35

Bespreken vanuit verbindende communicatie, wat zijn de noden/morele vraagstukken indien van toepassing?

Indien er niet genoeg casestudies zijn of als je ondersteuning nodig hebt zijn er een [aantal cases](#) (vertrekking van klachten en meer medisch gericht) van Soa Aids NL

Als deelnemers op zoek zijn voor concrete suggesties voor vragen, anamnese tools (weeral van een klacht vertrekken en meer medische focus) zijn er een aantal tools

Twee vragen (Van [Soa Aids](#))

- Leidt uw klacht/aandoening/behandeling tot verandering in seksualiteit?’
- Bij deze klacht/aandoening/behandeling hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent U dat?’

Mini seksuele anamnese in het NL : [kort fysische anamnese](#)

Bij vroege onderkenning en preventie [GGZ standaarden](#) van Nederland deel 2.1.3 (GGZ Standaarden, 2021)

Of Brief sexual symptom checklist in het EN, bijlagen in het [artikel](#) (Hatzichristou et al., 2004)

Die zijn niet specifiek aan 45+ gericht

Startpunt?

Eerst moeten we eigen standpunt bekijken.



Slides 36-36

Brodwin, e.a. (2010) stellen in hun artikel dat mensen seksuele wezens zijn maar dat wanneer het woord seksualiteit wordt genoemd het voor bijvoorbeeld personen met een lichamelijke beperking of een ernstige misvorming niet op de voorgrond komt van het gesprek. **‘Als seks niet kan worden geassocieerd met jeugd en/of met fysieke aantrekkelijkheid dan wordt het als onnatuurlijk of vies beschouwd’.**

Gesprek hierover, hoe komt het? Niet hun ‘schuld’ maar diep in onze verbeelding. Dit geldt soms ook als we praten over seksualiteit bij 45+ (opvoeding, context, etc)

Sex, lies and stereotypes

Gebruik materiaal van Grijs en goesting (hyperlink in beeld op dia), gaat vooral over oudere populatie maar is relevant. Je hoeft niet alles te laten zien maar afhankelijk van de groep die je voor je hebt kan je er al of niet dieper op ingaan, want velen hebben het er moeilijk mee.



Slides 37-38

Beelden en statistieken https://issuu.com/zorgbedrijfantwerpen/docs/ageism_-_sex_lies_stereotypes_-_d0625cab84afc3/56

Kan ook video ontwikkeld door het SHIFT project van een zorgvrager en een zorgverlener gebruiken <https://vimeo.com/652884881> (4min50sec)

Ook de veronderstelling van vb. onaantrekkelijkheid bij oudere volwassenen of mensen met een beperking speelt een grote rol. Daarnaast wordt er uitgegaan van het gegeven dat er bepaalde doelgroepen asexueel zijn. Één en ander heeft te maken met het gegeven 'onbekend is onbemind'. Diverse perverse connotaties naast talloze mythes, vooroordelen en taboes blijven bestaan. In het SHIFT project willen we voorbijgaan aan dit probleem en manier van denken en een positieve conversatie voeren rond seksualiteit en intimiteit.

Indien we een diepgaande kijk nemen ten aanzien van de verschillende mogelijke seksualiteits- en communicatiedrempels, dan stellen we vast dat er een aantal drempels meespelen. Zo is er in eerste instantie de louter medische i.p.v. de holistische – bio- psychosociale - blik. We zullen hierop terugkomen in de O4O methode.

De O4O methode: durven, luisteren, samenwerken



Slides 39-40

Dit is uitgelegd in Start2Shift, in principe hebbende cursisten die module al doorgenomen, dus 'flipped classroom'. De deelnemers kunnen de principes en de verschillende stappen opnoemen, vragen stellen dit i.p.v. klassikale uitleg. Wat denken ze daarvan, wat is anders (al dan niet) voor 45+? Verschillen in de groep (jonge ouderen, ouder ouderen, gescheiden)?

1. **Breng seksuele gezondheid zelf ter sprake**

Leg uit waarom je dit ter sprake brengt en vraag toestemming. Zoals al besproken in de module is dit moeilijk in de 45+ omwille van verschillende redenen. Het is dus belangrijk om te weten wat het doel is om dit te bespreken, timing, wanneer, voor wie,...

2. **Stimuleer de cliënt om zijn verhaal te vertellen**

Laat de persoon aan het woord over de seksuele zorgen of vragen.

Taal van de persoon, woordenschat, hun 'normaal'... 45+ bewust van opvoeding, normen voor persoon voor jou.

3. **Vat samen wat de cliënt je vertelt**

Vat samen op basis van het verhaal. Zo toon je dat je luistert en benadruk je wat belangrijk is. Actief luisteren, geen oordeel, tonen dat het belangrijk en relevant is.

4. **Formuleer een aanbod**

Doe een voorstel over hoe je hiermee verder gaat. Als je het zelf niet weet, dit erkennen, samen of apart op zoek gaan naar een plan. Ook doorverwijzen kan een optie zijn (In BE is dit beperkter dan in NL).

Uitgebreide handvatten van Sensoa [hier](#) beschikbaar.

Wat denken ze, is dit **haalbaar** in hun setting? Zo niet waarom niet? Zo ja, wat faciliteert?

Welke stappen kunnen ze al? Welke zijn moeilijk? Welke vaardigheden hebben ze al (actief luisteren, open zijn voor info, kunnen ze over emotioneel moeilijke onderwerpen praten?)

Aandachtspunten: Afhankelijk ook van hun professionele situatie, wat is er belangrijk te benadrukken?

Toestemming: mag dit besproken worden?

Bespreekbaar maken, niet verplicht om te bespreken: normaliseren, hoort bij hun leven zoals andere aspecten

Doel: anamnese: informatie verzamelen, noden identificeren, ...

Eigenaarschap: dit is hun verhaal, niet opgelegd, hun woorden keuze, hun ritme, hun delen

Noot: het O4O model is afgeleid van het EX-PLISSIT MODEL

Communiceren met anderstaligen

- Taalbarrières kunnen drempels nog hoger maken
 - Ongemakkelijk voelen over culturele verschillen –embrace difference module hier ongemak bespreken, een barrière voor professionals, die voelen dat ze niet alle “culturen” kennen, bang zijn om een “fout” te maken, maar kunnen nooit alles weten over alles, daarom starten met O4O en toestemming krijgen om hierover te praten. Als die niet willen/kunnen gaan ze het zeggen. BELANGRIJK ROLLENSPEL DAGDEEL 2
 - O4O methode vertrekt van de cliënt/patiënt, dit geldt ook voor een anderstalige cliënt/patiënt
- Tools ter ondersteuning informatief
 - Algemeen tool www.integratie-inburgering.be/communicatiewaai
 - Seksuele gezondheid www.zanzu.be



Slides 41-41

ROLLENSPELLEN/TOEPASSING O4O

Rollenspellen afgeleid uit cases/huiswerk

Uit een korte bijscholing rond O4O door Ruth Borms (Sensoa) kwam naar voor dat het belangrijk is om echt te oefenen op de **verschillende stappen binnen de methode**. bv voorbeeldzinnen aanreiken/bedenken en ook echt inoefenen, best via (één op één) rollenspel.

- Bespreken in de groep
- hoe starten?
- Anderstaligen?
- Groot leeftijdsverschil?
- Vrees voor ‘slechte reactie’

Indien oefeningen niet komen vanuit de groep

- Eigen assumpties, bias
- Bespreekbaar maken, starten
- Normaliseren van het onderwerp (hoort bij welzijn en gezondheid)
- Communicatie
- Empathie, actief luisteren, aandacht besteden
- doorverwijzen

Genoeg tijd laten om te oefenen samen en terugkoppelen.

De sekskoffer: psycho-educatie tool

De sekskoffer door Els Messelis in Vlaanderen ontwikkeld en in 2014 voorgesteld op de Wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, is een psycho-educatie tool die initieel uitgewerkt is in het werken met oudere volwassenen.



Slides 46-47

De doelstellingen van de sekskoffer zijn de volgende:

- taboes doorbreken;
- op een ludieke manier praten over seksuele gezondheid zodat de rode oren en kaken verdwijnen
- stilstaan bij de eigen kennis over seksualiteit en intimiteit;

- tonen van spullen zodat er confrontatie komt met eigen verhalen, eigen emoties, eigen waarden en normen, eigen behoeften alsook deze van de anderen.

Voorbeelden van spullen die in de koffer kunnen zitten (uit koffer van E Messelis)

- Eigen ontwikkelde boeken rond intimiteit, seksualiteit en huidhonger
- Boek met uitleg over verschillende soorten SOA's
- Beelden van ouder wordende lijven (Foto's Marrie Bot, Riet van der Lubbe)
- Films: o.a. Still doing it, Cloud 9,...
- DVD's: o.a. als handen spreken, intieme grenzen, achter de wolken,...
- Hulpmiddelen: o.a. viagra en variëteit generische middelen, verschillende soorten condooms, massage-oliën, vaginale crèmes, vaginale poeders, glijmiddel (waterbasis, siliconebasis, oliebasis), masturbatie-eitjes,
- seksspeeltjes: o.a. pluimpjes, verschillende soorten dildo's, hartje op batterijen,...
- Quiz
- Stellingenspel
- Gedichtjes, poëzie, teksten muziek
- Bordje 'niet storen'
- Think Pink spullen: Intimate teaser, breast massager

Afhankelijk van de doelgroep waar de cursisten mee werken kan een eigen sekskoffer ontwikkeld worden met heel specifieke spullen.

Idealiter worden de items niet voorgesteld maar de deelnemers uitnodigen om die te ervaren, aanraken, met elkaar bespreken (ook de rode wangen en woordenschat te oefenen). Daarna kan stil gestaan hoe die hierover voelen, zouden die nuttig kunnen zijn om een gesprek te stimuleren of net blokkeren? Voor online lessen is dit moeilijker gezien dat items voorgesteld moeten worden en er is minder interactie

AFRONDING DAGDEEL 2 EN MODULE

Terug gaan naar de verschillende cases:

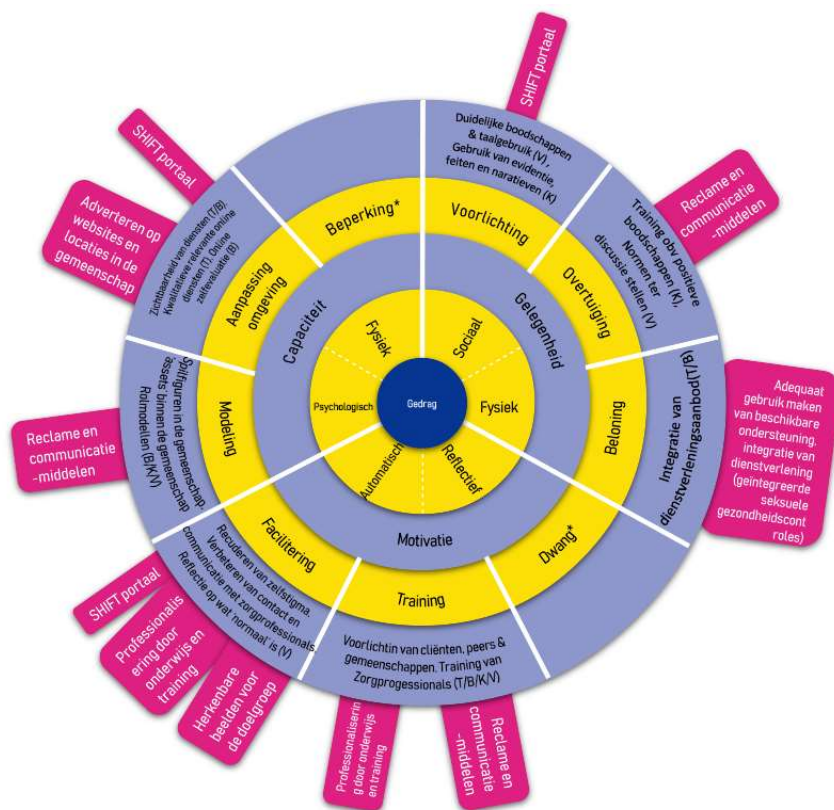
- Heb je iets om hiermee verder te gaan?
 - *Tools*
 - *Competenties*
 - *Informatie*
 - ...



Slides 48-51

Het SHIFT model

Het onderstaande 'SHIFT-model' geeft alle interventies weer waar het project op inzet om kennis, bewustzijn en toegang omtrent seksuele gezondheid bij 45+'ers te verbeteren en stigma hieromtrent te verminderen. Deze training voor gezondheids- en sociale zorgprofessionals maakt hier onderdeel van uit.



Bibliografie

- Blockmans I (z.j) Praten over seksualiteit: Wat, waarom en hoe? [presentatie] beschikbaar <https://docplayer.nl/10171347-Praten-over-seksualiteit-wat-waarom-en-hoe.html>
- Bos, M. (2011). Seksualiteit, intimiteit en intimidatie in de zorg. *Bijzijn*, 1. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12415-011-0032-1.pdf>
- Brodwin MG, Frederick, PC (2010) Sexuality and societal beliefs regarding persons living with disabilities. *Journal of Rehabilitation*. 76(4), 37-41
- Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103566. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566>
- GGZ Standaarden. (2021). *Zorgstandaard Seksuele disfuncties*. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/seksuele-disfuncties/introductie>
- Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L., Litwin, M., Meuleman, E., O'Leary, M., Quirk, F., Sadovsky, R., & Seftel, A. (2004). Clinical Evaluation and Management Strategy for Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 49–57. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10108.x>
- Höing, M., Hanssen, J., Boer, A., & Liebrechts, M. (2017). *Besprekbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor professionals in zorg en welzijn*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1942121>
- Kennedy, G.J., Martinez, M.M. & Garo, N. (2010). Sex and mental health in old age. *Primary Psychiatry* 17(1), 22-30
- Leusnik, P., van der Waart, T., Segeren, C., & Jaarsma, T. (n.d.). *De seksuele anamnese in de medische praktijk*. <https://www.soaaids.nl/nl/professionals/themas/seksoa-magazine/seksuele-anamnese-in-medische-praktijk>
- Messelis, E. (2019). Intimiteit en seksualiteit in woonzorgcentra. Uitgeverij Maklu-Garant
- Messelis, E. (2018). Genderidentiteit en seksuele diversiteit in de ouderenzorg. Uitgeverij Maklu-Garant
- Messelis, E. (2016). Vlaamse Seks- en intimiteitskoffer voor gevorderden. Voorstelling Congres Sensoa. Vlaams Parlement. 09 december 2016
- Messelis, E. (2008). Mannen willen seks, vrouwen willen intimiteit. Wat 50-plussers er in werkelijkheid zelf over denken. Standaard Uitgeverij.
- Rosenberg, M.B. (2018). Geweldloze communicatie. Ontwapenend, doeltreffend en verbindend. Vertaald door Pieter van der Veen en Chiel van Soelen. Lemniscaat

Rosenberg, M.B. (z.j.) How you can use the NVC process. [online] beschikbaar https://www.nonviolentcommunication.com/wp-content/uploads/2019/07/4part_nvc_process.pdf

Rutgers (z.j.) Definities volgens de WHO. Beschikbaar op <https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/seksualiteitsbeleid-maken/een-visie-ontwikkelen/definities-volgens-de-who>

Sensoa (2020) Praten over seksuele gezondheid in de artspraktijk - De Onder 4 Ogen methode. [online] <https://www.sensoa.be/praten-over-seksuele-gezondheid-de-artspraktijk-de-onder-4-ogen-methode>

SHIFT (2020-21) Reports of the SHIFT project. Beschikbaar <https://www.chi.ac.uk/research/institute-sport-research/health-and-wellbeing/shift>

Tielemans, E (z.j.) Verbindende Communicatie. Beschikbaar https://www.humanmatters.eu/sites/default/files/basisartikel_over_verbindende_communicatie_0.pdf

van Velthoven, J., Messelis, E., & van Houdenhove, E. (2016). Seks in het woonzorgcentrum: Geen evident verhaal. *Geron*, 18(1), 49–51. <https://doi.org/10.1007/s40718-016-0020-3>

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.

Bijlage 1: instructies casus

Kadering huiswerk opdracht voorafgaand aan de opleiding

Deze opleiding gaat over communicatie rond seksuele gezondheid. Interactie en samenwerking tussen de deelnemers is daarbij van wezenlijk belang.

Met behulp van zelfevaluatie willen we persoonlijke en professionele groei stimuleren. Als hulp- en zorgverleners moeten we onszelf, vanuit de dagelijkse praktijk, evalueren over hoe we communiceren rond seksualiteit en intimiteit en seksuele gezondheid.

Zelfevaluatie van vb. je eigen attitudes, kennis en capaciteiten uit de eigen dagelijkse praktijk kan gezien worden als een goede basis om verankering te krijgen van kwaliteit in de dagelijkse praktijk.

Als we als individu aan de slag gaan met het stilstaan bij wat we willen, wat we kunnen en wat we effectief doen rond seksuele gezondheid en welzijn, dan kunnen we de kwaliteit van ons handelen (bv. gesprekken initiëren en volhouden over seksuele gezondheid en welzijn met diverse cliënten) nagaan en die ook - waar nodig - bijsturen.

Zelf-evaluatie kan bestudeerd worden vanuit verschillende invalshoeken met verschillende methodieken.

Huiswerk Opdracht

Vanuit deze module wordt er geopteerd om jullie, voorafgaand aan de opleiding, een oefening te laten maken omtrent zelfevaluatie, op basis van de 'noden' uit jouw eigen praktijk. Om het leerrendement tijdens de opleiding te maximaliseren vragen we je om voor de start van de opleiding één casus vanuit het eigen werkveld voor te bereiden.

Hieronder vinden jullie ter inspiratie een aantal algemene vragen alsook de criteria waaraan jouw casus moet voldoen:

- Algemene vragen
 - Waarom ben je voor deze opleiding ingeschreven? Wat is de aanleiding?
 - Wat wil je bereiken door het volgen van de opleiding?
- Casusbeschrijving
 - Kies 1 casus uit jouw cliënten/patiënten/bewonersbestand en schets ze kort
 - Waarom koos je die bepaalde casus?
 - Wat maakt deze casus interessant/uitdagend?
 - Wat maakt deze casus lastig?
 - Wat mis je?
 - Wat heb je nodig om hiermee verder te kunnen?
 - Welke tools heb je nodig?
 - Welke specifieke competenties heb je eerder verworven in het bespreken

Jouw casus hoeft je NIET op voorhand in te sturen. Het is voldoende als je die bij de hand hebt tijdens dag 1 van de opleiding.

Bijlage 2: Creatieve tools om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.

Op organisatieniveau is het aangewezen om de krijtlijnen uit te tekenen van een positief seksualiteits- en intimiteitsbeleid in uw organisatie en over hoe omgegaan wordt met seksuele gezondheid van uw patiënten/cliënten. Op personeels- en persoonsniveau is het ook belangrijk om op een holistische manier aandacht te besteden aan de levenskwaliteit en de 'Sexual Quality of Life' van uw patiënten, cliënten en familie (op basis van Messelis, 2019).

Messelis (2019) deelt ze op in kennisbevorderende, taboedoorbrekende, gelijkwaardigheidsbevorderende, privacybevorderende, entertainmentbevorderende, aandachtsbevorderende, prikkelarme en communicatiebevorderende initiatieven. We inspireren ons op deze inzichten.

Het SHIFT project is een uniek Europees project waarbij tal van initiatieven aan bod komen en uitgewerkt worden. In het kader van deze module worden de communicatiebevorderende initiatieven uitgelicht.

We geven u graag ook nog een summiere, dus geen exhaustieve selectie, mee van andere initiatieven waarmee u in uw eigen praktijk verder mee aan de slag kan gaan.

Kennisbevorderende initiatieven

Er zijn verschillende initiatieven mogelijk om deskundigheid en kennis uit te bouwen, zoals bv e-learning, quiz,... We beperken ons tot één voorbeeld, namelijk: een quiz (gebaseerd op Messelis, 2019 & Messelis, 2008).

Waar of niet waar?

1. Seksualiteitsbeleving is vanzelfsprekend bij 50-plussers.
2. Hoe ouder men wordt hoe ruimer het seksuele repertoire is.

3. Orale seks en zelfbevrediging dalen naarmate de leeftijd stijgt, dit zowel bij vrouwen als bij mannen.
4. Seksuele problemen zijn wijdverspreid bij oudere wordende volwassenen en stijgen naarmate de leeftijd stijgt.
5. Hoe meer informatie, seksuele voorlichting en seksuele kennis ouder wordende volwassenen opdoen, hoe meer seksueel actief mensen zijn en hoe meer tevreden te zijn over hun seksleven.
6. De beschikbaarheid van een partner is niet één van de belangrijkste voorspellers voor seksueel contact op latere leeftijd.
7. Sekspraat bij 50-plussers is normaal maar hoe ouder hoe minder over seks gepraat wordt.
8. Seksuele tolerantie van 50-plussers is klein.
9. Niet de leeftijd, maar wel de duur en de kwaliteit van de relatie bepalen hoe vaak men seks heeft en hoe fijn men het vindt.
10. Seks zonder geslachtsgemeenschap is minder bevredigend voor mannen dan voor vrouwen.

TABOEDOORBREKENDE INITIATIEVEN

Taboes kunnen doorbroken worden door het gebruik van de psycho-educatie tool 'De Sekskoffer'. Hierboven werd het kader reeds uitgebreid toegelicht om ermee aan de slag te gaan. Andere taboedoorbrekende initiatieven kan zijn: een stellingenspel rond seksuele tolerantie. Het doel is nagaan hoe seksueel tolerant 45-plussers zijn.

Om de tolerantie te bekijken construeerden Els Messelis i.s.m. Sensoa een schaal met 14 items (Ze was echter onvoldoende intern consistent (Chronbach $\alpha=0,471$). Een factoranalyse leverde drie mogelijke factoren op: seks binnen de relatie, seks naar leeftijd en seks naar masturbatie. Deze factoren werden niet gebruikt omdat er telkens maar twee items hoog scoorden. We bekijken de verschillende items dus individueel.

Hieronder worden veertien items ter bespreking aangebracht (Messelis, 2008):

	Informatie en advies rond seksualiteit moeten voor jongeren die van plan zijn seksuele betrekkingen te ervaren, beschikbaar zijn.
	Het is normaal dat een persoon ouder dan 50 nog steeds interesse heeft in seks.
	Masturbatie is een aanvaardbare seksuele activiteit voor oudere mannen en vrouwen.
	Wanneer twee mensen zin hebben in seks, is het oké dat ze seks hebben.
	Zelfbevrediging is normaal, ook binnen de vaste relatie.
	Homoseksualiteit is een aanvaardbare vorm van seksuele omgang.
	Seksualiteit kan enkel plaats vinden binnen een 'vaste' relatie.
	Als je elkaar pas kent, heb je geen seks.
	Mensen hebben te veel seksuele wijsheid.
	Wanneer mensen besmet worden met een seksueel overdraagbare aandoening, is het hun eigen schuld.
	Het is immoreel dat oudere volwassenen nog seks hebben.
	Mensen ouder dan 50 hebben weinig interesse in seks.
	Masturbatie is schadelijk en moet vermeden worden.
	Seks is enkel iets voor jonge mensen.

GELIJKWAARDIGHEIDSBEVORDERENDE INITIATIEVEN

Hier verwijzen we naar de SHIFT module 'Embrace Difference'.

PRIVACYBEVORDERENDE INITIATIEVEN

Hier verwijzen we naar de 10 seconden regel waar we kloppen vooraleer we de kamer van een patiënt, cliënt, bewoner binnengaan. Indien er geen reactie is kloppen we opnieuw en wachten we 10 seconden vooraleer we de kamer binnengaan.

Daarnaast is het belangrijk om een bordje 'niet storen' aan te bieden om de privacy van patiënten, cliënten, bewoners te vrijwaren.

Bijlage 3 SWOT

SWOT Analyse | Zelfevaluatie bij communiceren over seksuele gezondheid en welzijn met patiënten of cliënten 45+

Sterktes Welke sterktes identificeer je in jezelf? Bv. Ik ben heel open over mijn eigen seksualiteit	W Op welke punten kan ik me verbeteren? Bv. Ik voel me ongemakkelijk als iemand ouder dan mezelf praat over seksualiteit
S	T Welke bedreigingen zie/voel ik? Bv. Ik heb bang dat als ik te veel inzoom op hun seksualiteit dat mijn andere taken/werk op de achtergrond verdwijnt
O Wat zijn mijn kansen? Bv. Ik kom in veel contact met mensen in de doelgroep in mijn werk, ik zou veel kunnen oefenen Kansen	O

SWOT