



# Seks is, maakt en blijft gezond: seksualiteit en ouderdom

**dr. Elisabeth Vander Stichele // dienst Geriatrie, campus Henri Serruys**  
**An-Sofie De Boi en Dries Fieremans // dienst Klinische psychologie, campus Sint-Jan**

*Sinds kort zijn in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende niet minder dan drie seksuologen actief, een bijzonderheid in de regio. Een van hen maakte bovendien de aparte studiecombinatie geriater-seksuoloog. Ze deed voor haar eindwerk onderzoek naar het beleid omtrent seksualiteitsbeleving in de Vlaamse woonzorgcentra en kwam tot de vaststelling dat ouderenzorg nog tekortschiet waar het intimiteit en seksualiteit betreft.*

## HIAAT IN DE SEKSUOLOGIE

Vanuit een wijdvertakte nieuwsgierigheid koos dr. Elisabeth Vander Stichele in eerste instantie voor de studie geriatrie vanwege de allesomvattendheid ervan. Naast de medische polyproblematiek van ouderen, treden de sociale, ethische, filosofische en psychologische aspecten van zorgverlening in deze discipline vaak meer op de voorgrond. Na tien jaar activiteit als geriater, dreef haar honger naar kennisuitbreiding haar ertoe om ook seksuologie te studeren. Reeds tijdens haar carrière als geriater had ze de aandacht

voor de seksualiteitsbeleving van ouderen opgemerkt als een hiaat in de seksuologie en bij uitbreiding in de zorgverlening.

Een hiaat dat aan invulling toe is. De huidige generatie ouderen zijn nog opgegroeid in tijden waarin seksualiteit sterk in de taboesfeer hing. Naarmate de volgende generaties zich aandienen, zal de behoefte stijgen aan erkenning van de nood aan intimiteit en seksualiteit die ook bij ouderen leeft. Hoewel de problematiek in de eerste plaats de woonzorgcentra betreft, zijn er in een ziekenhuis evengoed geriatrie afdelingen waar langere opnameperiodes gebruikelijk zijn en het probleem zich bijgevolg kan stellen.

## SEKS HOORT BIJ GEZONDHEID

Het gaat bovendien om een onderkend aspect van de gezondheid en essentieel onderdeel van de zorgverlening. Naast aandacht voor de impact van ziekte en functieverlies op de seksualiteitsbeleving, is het bevorderen van een bevredigend seksueel leven belangrijk voor ons welbevinden. Hoewel er vaak wordt aangenomen dat ouderen niet meer bezig

zijn met seks, blijft seksuele gezondheid op oudere leeftijd net zo goed een belangrijk aspect van de gehele gezondheid. Seksualiteit blijft voor veel oudere mannen en vrouwen een belangrijk onderdeel van hun leven, en draagt bij tot hun psychisch welzijn. Het zou dan ook integraal deel moeten uitmaken van een holistische geriatrie zorgverlening.

## VERANDERINGEN EN UITDAGINGEN

Ouder worden gaat gepaard met vele veranderingen en uitdagingen: op lichamelijk vlak, maar zeker ook op psychosociaal niveau. Op het vlak van intimiteit en seksualiteit vinden er eveneens veranderingen plaats naarmate men in leeftijd vordert.

## SEKSUALITEITSBELEVING

Een eerste uitdaging op het pad van iemand die een jaartje ouder wordt, is de manier waarop deze seksualiteit beleeft. Hoe iemand als twintiger of dertiger seksualiteit ervaart, ziet er anders uit dan hoe dat op latere leeftijd gebeurt. Seks zoals gekend in de jonge jaren is niet steeds haalbaar op oudere leeftijd. Doorheen de jaren maakt iemand veel veranderingen mee. Ook op het vlak van

◀ *Aandacht voor de seksualiteitsbeleving van ouderen vormt een hiaat in de seksuologie en bij uitbreiding in de zorgverlening.*

seksualiteit moet men vaak zoeken naar hoe men kan omgaan met deze veranderingen. Andere aspecten van seksualiteit, zoals strelen, elkaar knuffelen, elkaar aanraken, naast elkaar liggen ... winnen met de tijd vaker aan belang. Een groot aantal seksueel actieve ouderen meldden dat seks op latere leeftijd leuker wordt dan vroeger, omdat het minder gericht is op eenzijdige coïtus met orgasme als einddoel.

### LICHAMELIJKE ONGEMAKKEN

Ook lichamen kan men naarmate de leeftijd vordert voor uitdagingen komen te staan. Ziektes kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks, door medicatie, een invloed uitoefenen op bepaalde seksuele variabelen. Ouderen krijgen meer te maken met erectiemoeilijkheden, droger worden van de vagina, sneller moe worden, meer tijd nodig hebben om opgewonden te raken ... Dit kan een verlieservaring zijn, die de nodige aanvaarding en aanpassing vergt van de patiënt en van het koppel. Daarentegen kunnen deze veranderingen een opportuniteit betekenen. Zo kan er gezocht worden naar andere manieren van vrijen, die anders, maar even bevredigend zijn. Het ervaren van verlies of verandering in het seksueel functioneren hoeft dus absoluut geen eindpunt te zijn. Zo kan de intimiteit van een koppel potentieel even opwindend en bevredigend zijn, mits de nodige aanpassingen en mits het samen zoeken naar andere manieren van stimulatie. Gemeenschap is niet de enige manier om intimiteit en seksualiteit te beleven. Er valt net zo goed voldoening te halen uit masseren, elkaar bevredigen of samen masturberen. Een ouder koppel kan samen op zoek gaan naar nieuwe manieren om seksualiteit op een plezierige manier te beleven of naar manieren om lichamelijke ongemakken zoveel mogelijk te omzeilen.

### PARTNERRELATIE

Daarnaast zijn er de uitdagingen in een partnerrelatie. Verschillen in de mate waarin en de manier waarop partners intimiteit willen beleven, kunnen doorheen de jaren extra uitvergroten raken. Daardoor komt men soms op een punt waar behoeftes nog moeilijk met elkaar te rijmen lijken. Als de één meer behoefte heeft aan seks dan de ander of partners in de loop der jaren in een sleur beland zijn, kan dit een

bevredigend seksleven in de weg staan. Om misverstanden te vermijden, is het belangrijk om gevoelens en verlangens met de partner te kunnen bespreken. Door te weinig of op een verkeerde manier naar de signalen van de partner te luisteren, kan de ander zich afgewezen of niet begrepen voelen. Een verminderde intimiteit is een gedeeld verhaal van het koppel. Elkaar respecteren, elkaar vertrouwen, behoeftes en verlangens bespreken, hoort ook bij intimiteit. Respect voor en acceptatie van de gevoelens en behoeftes van beide partners creëert de meest gunstige omstandigheden om onder meer ook seksueel functioneren te doen slagen.

### ROLVERSCHUIVINGEN

Wanneer een van de twee partners te maken krijgt met ziekte is het niet altijd makkelijk om naast verzorger ook nog romantische partner te zijn. De rollen in een relatie kunnen door ziekte veranderen. De behoefte aan seksualiteit kan eveneens veranderen. De ene partner kan seksueel contact, aanrakingen, troost, genegenheid missen in deze periode. Zaken die voor de ziekte wel konden, kunnen soms niet meer en relationele problemen kunnen op de voorgrond treden door een ziekte. Ook hier blijft het belangrijk dat partners met elkaar blijven communiceren over hun eigen noden, behoeftes en grenzen, en te zoeken naar een nieuwe balans. Het kan bijvoorbeeld helpen om situaties te scheppen waarbij de zieke partner even geen patiënt meer is.

### VERLIES

Ouder worden houdt vaker de confrontatie met het verlies van een partner in. De seksualiteit die men vroeger met twee kon beleven, dient soms verder alleen of met een nieuwe partner geëxploreerd te worden. Sommigen willen na het verlies van hun partner graag een nieuwe partner ontmoeten, anderen hebben meer behoefte aan nieuwe vriendschappelijke contacten.

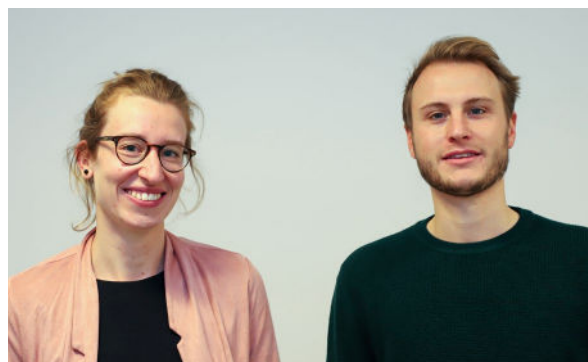
### TABOES

Tot slot maken de negatieve attitudes en taboes rond seksualiteit en ouderen die in onze westerse maatschappij leven seksualiteit soms moeilijk bespreekbaar. Ouderen gaan daardoor twijfelen of hun verlangen naar seksualiteit en intimiteit wel nog normaal is. Seks wordt binnen onze maatschappij nog vaak geassocieerd met jeugdigheid. Taboes en mythes staan een gezond seksleven voor ouderen nogal eens in de weg. Seksualiteit moet op alle leeftijden bespreekbaar zijn. De mogelijkheden om dit onderwerp aan bod te brengen, zijn, ook vandaag nog, eerder beperkt. Mogelijk weten mensen niet bij wie ze terechtkunnen, speelt schaamte een rol in het niet zoeken naar hulp of denken mensen dat hun probleem normaal is.

### BESPREEKBAAR MAKEN

Net omdat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel vormt van de algemene gezondheid is het belangrijk om seksualiteit in de praktijkruimte te bevragen of te bespreken. Door als zorgverlener het onderwerp zelf aan te kaarten, zorgt dit bij velen voor een geruststelling en op die manier weet men dat het geen taboe in het gesprek hoeft te zijn. Het beluisteren van het verhaal biedt de mogelijkheid om erkenning en normalisering te bieden en om eventuele verdere zorg te voorzien. Binnen het Comprehensive Geriatric Assessment voorzien de interne liaison en het dagziekenhuis van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV nu al in een systematische bevraging van de seksualiteitsbeleving, maar nog niet alle zorgverleners en patiënten zijn toe aan een Geriatric Sexuality Inventory. Naar de toekomst toe groeit de huidige aanpak hopelijk gaandeweg uit tot een goed onderbouwd seksualiteitsbeleid. Een beleid waar ook de geriatrische patiënt zelf en diens mantelzorgers bij betrokken worden en dat in rekening neemt dat er niet zoiets bestaat als de prototypische oudere. Wel vallen er grosso modo drie groepen ouderen te onderscheiden, die elk om een specifieke benadering vragen:

*Het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV maakte een positieve keuze voor gezondheidspromotie met de investering in de tewerkstelling van drie seksuologen. Twee van hen zijn actief op campus Sint-Jan. An-Sofie De Boi behandelt er de seksuologische vragen op een ziekenhuisbreed niveau en Dries Fieremans neemt voornamelijk oncologische vragen voor zijn rekening.*



### - De vitale, gezonde ouderen

Bij deze groep gaat het erom de preservatie van hun seksualiteitsbeleving te eerbiedigen als een basisrecht.

### - De kwetsbare ouderen

Hier is het vooral belangrijk om erover te waken dat zij geen discriminatie ondervinden op basis van het feit dat ze niet langer 100 % zelfstandig kunnen zijn door hun de mogelijkheid te ontnemen seksualiteit te beleven.

### - Dementerende ouderen

Zij vormen de grootste uitdaging. Het komt er vooral op aan hun seksualiteitsbeleving niet automatisch af te doen als ongewenst gedrag, want ook bij hen ontstaat dit vanuit dezelfde natuurlijke behoeftes, die ze evenwel niet langer op de juiste manier kunnen uitdrukken. Zoeken naar gerichtere, meer

gecontroleerde uitlaatkleppen vormt voor hen een mogelijke oplossing.

### POSITIEVE KEUZE VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE

Met de investering in de tewerkstelling van drie seksuologen maakte het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV alvast een positieve keuze voor gezondheidspromotie. Wie dieper wil ingaan op seksualiteit of de verdere zorg rond seksualiteit, is daarvoor aan het juiste adres bij een van hen. Dr. Elisabeth Vander Stichele werkt als geriater-seksuoloog op de dienst Geriatrie van campus Henri Serruys. Dries Fieremans, klinisch psycholoog en seksuoloog van opleiding, neemt op campus Sint-Jan voornamelijk oncologische vragen voor zijn rekening. Klinisch psycholoog en seksuoloog An-Sofie De Boi behandelt op campus Sint-Jan de seksuologische vragen op een ziekenhuisbreed niveau.

### AUTEUR



**dr. Elisabeth Vander Stichele**  
dienst Geriatrie campus Henri Serruys

## MEDICAL MYSTERY

### Case

## Een jonge vrouw in plotse tetanie?

**Een 35-jarige jonge moeder van Afghaanse afkomst meldt zich aan op de dienst Spoedopname. In de loop van de nacht zijn haar armen en benen verkrampd. De zoektocht naar de mogelijke oorzaak begint ...**

Op de spoedopname meldt een 35-jarige vrouw van Afghaanse afkomst zich aan met verkramping van de armen en benen. De symptomen zijn in de afgelopen nacht opgekomen. De vrouw is zeven maanden geleden bevallen van een zoontje. Ze geeft borstvoeding. Bij navraag zou ze een verhoogde bloeddruk hebben, waarvoor amlodipine was gestart. Er zijn geen andere klachten en geen bijzonderheden in haar persoonlijke en familiale anamnese.

Bij het klinisch onderzoek is er inderdaad sprake van tetanie, angst, tachycardie

(120/min) en hypertensie (185/115 mmHg). De bloeddruk daalt tijdens de spoedopname tot 155/111 mmHg. De patiënte heeft geen koorts en heeft een normale zuurstofsaturatie. Een arterieel bloedgas toont een ernstige hypocalciëmie en milde hypokaliëmie. Een elektrocardiogram toont een sinusale tachycardie, met normale R-progressie en een normale QTc (7 mm, QTc 423 msec).

Ze wordt opgenomen op de dienst Intensieve zorgen, waar gestart wordt met intraveneuze calciumsubstitutie. De hypocalciëmie recupereert snel na vitamine D-substitutie. De hypokaliëmie blijkt moeilijker te controleren en daalt ondanks substitutie tot 2,68 mmol/L. Er is een hoge kaliumnood en de tensie blijft relatief hoog op intensieve zorgen.

Wat is er aan de hand?

### MEER INFORMATIE:

**dr. Eva Van Caenegem, dr. Annick Van den Bruel en dr. Youri Taes**  
dienst Endocrinologie  
campus Sint-Jan

**dr. Eline Van Brantegem**  
dienst Intensieve zorgen  
campus Sint-Jan

**dr. Tom Feryn**  
dienst Algemene, kinder- en vaatheelkunde  
campus Sint-Jan

Tabel 1: Biochemie bij opname		
Serum		referentiewaarden
Natrium (mmol/L)	140	135-145
Kalium (mmol/L)	- 3.0	3.6-5.0
Chloride (mmol/L)	108	98-107
Carbonaat (mmol/L)	- 21.9	22.0-30.0
Calcium (mmol/L)	- 1.57	2.10-2.55
Geïoniseerd Ca (mmol/L)	- 0.87	1.15-1.35
Fosfor (mmol/L)	- 0.73	0.81-1.45
Magnesium (mmol/L)	0.75	0.65-0.95
Osmolaliteit (mOsmol/kg)	280	275-295
Glucose (mg/dL)	115	74-106
Creatinine in serum (mg/dL)	- 0.31	0.52-1.04
Ureum (mg/dL)	- 12.7	15.0-36.5
Eiwit serum (g/L)	75	63-82
Albumine (g/L)	42	35-50
TSH (mU/L)	2.120	0.465-4.680
vrij T4 (pmol/L)	12.3	10.0-28.2
Cortisol (µg/dl)	26.4	
Vitamine D (µg/L)	+ <8.0	>30.0
PTH intact (ng/L)	+ 217.3	15.0-65.0
Urinestaal		
		referentiewaarden
Natrium (mmol/L)	197	30-90
Kalium (mmol/L)	48.0	17-145
Chloor (mmol/L)	189	18-209
Creatinine in urine (g/L)	0.29	
Kalium per g creatinine (mmol/g creat)	165.52	
Magnesium (mmol/l)	2.41	0.49-7.69
Calcium in urine (mmol/L)	2.400	0.125-8.920
Fosfor in urine (mmol/L)	8.20	2.30-48.00
PTH intact (ng/L)	+ 217.3	15.0-65.0