

Zorg voor seksuele gezondheid bij chronische zieken

Pieter Barnhoorn, Hannah Zuurveen, Inge Prins, Brenda den Oudsten, Mattijs Numans en Henk Elzevier

Seksualiteit en intimiteit zijn belangrijk, ook voor mensen met een chronische ziekte. Veel van hen hebben echter seksuele klachten. Praktijkondersteuners (POH's), die een centrale rol spelen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte, vinden het vaak lastig om met hen over de seksuele gezondheid te praten. Training en richtlijnen over dit aspect van de gezondheid kunnen POH's daarbij helpen.

De gemiddelde levensverwachting van Nederlanders neemt toe. Steeds meer mensen hebben echter 1 of meer chronische ziekten.^{1,2} We winnen dus jaren, maar dan vooral jaren waarin we ziek zijn. De behandeling en begeleiding van patiënten met chronische ziekten verschuiven steeds meer van de tweede naar de eerste lijn.³ Om de daardoor toenemende werklast van de huisarts te verminderen, werken in steeds meer huisartsenpraktijken praktijkondersteuners (POH's), voor zowel de somatische als de psychische zorg. De POH heeft een belangrijke verantwoordelijkheid bij de zorg van de meest voorkomende chronische ziekten in de huisartsenpraktijk: diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en astma/COPD.⁴ Deze ziekten kunnen samenhangen met allerlei seksuele problemen. Minder zin in seks, erectiele disfunctie en ejaculatiestoornissen komen veel voor bij mannen. Vrouwen hebben vaak minder zin in seks, pijn tijdens de gemeenschap en lubricatieproblemen.⁵⁻⁹ Ook andere veelvoorkomende chronische ziekten, zoals nierfalen, neurologische ziekten en depressie, kunnen met seksuele problemen gepaard gaan.^{10,11} Daarom zou het bespreken van seksuele gezondheid een vast onderdeel moeten zijn van de zorg voor chronische zieken. Die zorg rust voor een groot deel op de schouders van POH's. Wij onderzochten of POH's seksuele gezondheid bespreken, welke belemmeringen ze hierbij ervaren, hoe zij hun kennisniveau op dit gebied inschatten en wie zij welke verantwoordelijkheid toedichten als het om het bespreken van de seksuele gezondheid gaat.

Dit is een bewerkte vertaling van: Barnhoorn PC, Zuurveen HR, Prins IC, et al. Unravelling sexual care in chronically ill patients: the perspective of GP practice nurses; Health Service Research. Fam Pract 2020;37:766-71.

METHODE

We verstuurden per post een vragenlijst naar 637 POH's verdeeld over heel Nederland. Via www.zorgkaartnederland.nl vonden we de werkadressen op de websites van de huisartsenpraktijken. We selecteerden de eerste 20 huisartsen van iedere letter van het alfabet. Uit elke praktijk kozen we een POH-somatiek en een POH-ggz. Wanneer een praktijk slechts 1 POH in dienst had, selecteerden we deze. In september 2016 stuurden we de vragenlijst naar 631 POH's, samen met een informatiebrief en een toestemmingsformulier. Na 2 en 3 maanden stuurden we zo nodig een reminder.

We hebben de vragenlijst specifiek voor dit onderzoek ontworpen en gebaseerd op relevante literatuur en eerder gebruikte vragenlijsten. Zes POH's beoordeelden de vragenlijst in een pilotonderzoek, waarna we de lijst summier aanpasten. De uiteindelijke versie bestond uit 48 vragen over demografische gegevens, het informeren, bespreken en begeleiden van seksuele klachten, wie volgens de POH verantwoordelijk was voor het bespreken van de seksuele gezondheid, mogelijke belemmeringen rond het vragen naar seksuele gezondheid, het eigen kennisniveau, de genoten seksuologietraining en ideeën over wat en hoe het beter kan.

RESULTATEN

De vragenlijst stuurden we naar 637 POH's, van wie er 407 (63,9%) de lijst invulden. Van hen vulden 337 de vragenlijst in zijn geheel in. De overgrote meerderheid van de respondenten was vrouw (88,7%) en werkzaam als POH-somatiek (60,8%).

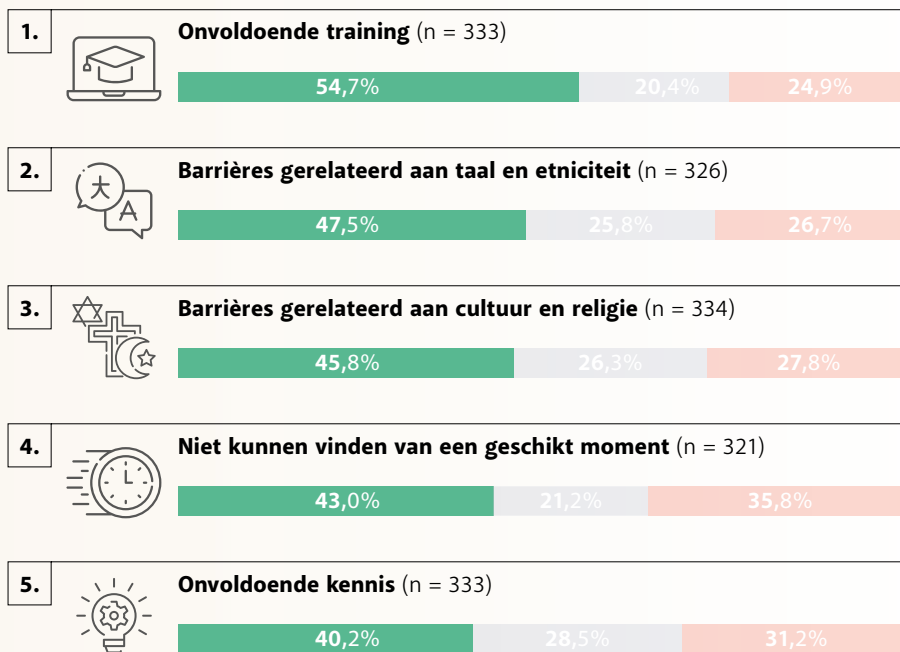
De meerderheid (n = 258, 76,6%) stelde dat het bespreken van seksuele problemen bij chronisch zieken belangrijk of zelfs zeer belangrijk is. Meer dan de helft (n = 179, 53,3%) besprak seksuele problemen echter 'niet of slechts zelden'

Redenen om seksuele problemen niet ter sprake te brengen

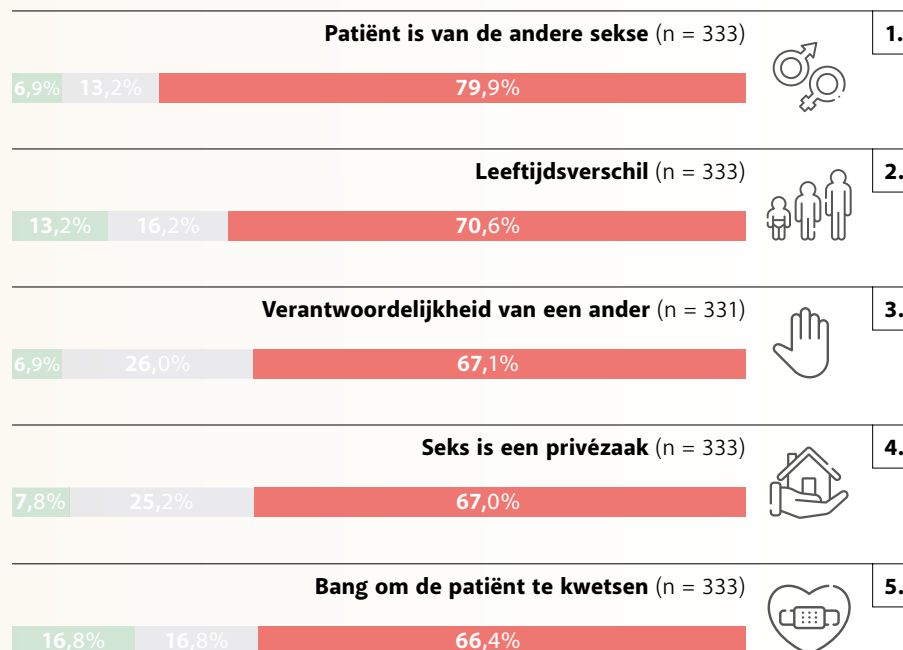
- Eens (bevat de antwoorden 'helemaal mee eens' en 'eens')
- Weet niet
- Oneens (bevat de antwoorden 'helemaal mee oneens' en 'oneens')

n = aantal huisartsen

Top 5: Eens met de reden



Top 5: Oneens met de reden



tijdens een eerste consult. Zestig POH's (18%) bespraken seksuele problemen 'niet of slechts zelden' tijdens een vervolggconsult; 248 (74,3%) bespraken het weliswaar vaker, maar slechts 26 (7,8%) maakten er een vast onderdeel van hun consulten van. Vooral wanneer het om patiënten in de leeftijdsgroep 16 tot 35 jaar of 76 jaar en ouder ging gaven veel POH's aan nooit naar seksuele problemen te vragen. POH's met meer werkervaring waren sterker geneigd seksuele gezondheid te bespreken. De respondenten gaven aan dat de meerderheid van hun chronisch zieke patiënten seksualiteit bijna nooit spontaan ter sprake bracht. Wanneer er wel over seksualiteit werd gesproken, was de partner van de patiënt doorgaans niet aanwezig. Als seksuele problemen aan de orde kwamen, betrof het bij mannen meestal verminderde zin in seks, erectiele disfunctie en bijwerkingen van medicijnen. Met vrouwen spraken de POH's het meest over verminderde zin in seks, pijn tijdens het vrijen en relatieproblemen.

De belangrijkste belemmering om over seksualiteit te praten was 'onvoldoende training'. Andere belemmeringen waren onder meer 'redenen gerelateerd aan taal en etniciteit' en 'redenen gerelateerd aan cultuur en religie', waarbij we moeten aantekenen dat deze 2 soorten belemmeringen kunnen overlappen. De [infographic] bevat een compleet overzicht van de belemmeringen.

Wanneer de POH's zich voldoende competent voelden, bespraken ze het onderwerp seksuele problemen vaker in het eerste gesprek en de daarop volgende gesprekken. Meer dan de helft van de respondenten (n = 176, 54,8%) vond dat ze niet voldoende kennis hadden om seksuele problemen te bespreken. Het gevoel kennis van zaken te hebben hing significant samen met een hogere frequentie van gesprekken over seksuele problemen. De meerderheid (n = 281, 85,5%) wilde graag hun kennisniveau op dit gebied vergroten, het liefst via een aanvullende seksuologietraining.

De vragenlijst bevatte ook vragen over de ervaren verantwoordelijkheid om over seksuele problemen te praten. In 20% van de praktijken was er volgens de POH's een protocol dat duidelijk maakte wiens verantwoordelijkheid het was om een seksuele anamnese af te nemen. In praktijken met zo'n protocol werd vaker naar seksuele problemen gevraagd. De overgrote meerderheid van de POH's (n = 300, 89,0%) vond dat een seksuele anamnese tot de taken van de huisarts behoorde, gevolgd door de POH-somatiek (n = 210, 62,3%) en de POH-ggz (n = 117, 34,7%).

Tot slot gaven POH's aan dat informatiebrochures (n = 246, 73,0%), e-healthmodules (n = 126, 37,4%) en websites (n = 89, 26,4%) hen zouden kunnen ondersteunen bij het ter sprake brengen van seksuele problemen. Daarnaast had de meerderheid behoefte aan aanvullende seksuologietraining (n = 226, 67,1%).

BESCHOUWING

Dit het eerste onderzoek dat licht werpt op de belangrijke taak die POH's hebben bij het bespreken van seksuele problemen bij chronisch zieken. Hoewel de meeste POH's het belang-

WAT IS BEKEND?

- Veel chronische ziekten hangen samen met seksuele problemen.
- De praktijkondersteuner speelt een centrale rol in de zorg voor chronisch zieke patiënten.

WAT IS NIEUW?

- Door de ervaren barrières is het niet vanzelfsprekend dat de seksuele gezondheid van chronisch zieke patiënten wordt besproken.
- Training en richtlijnen zouden het bespreken van seksuele gezondheid met chronisch zieke patiënten kunnen verbeteren.

rijk vonden dat seksuele problemen werden besproken, deed slechts een minderheid dat ook daadwerkelijk op structurele basis. Dit is alarmerend: de patiëntengroep waar de POH's verantwoordelijk voor zijn bestaat immers voornamelijk uit chronisch zieken. En juist bij deze groep komen veel seksuele problemen voor die een grote invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven.⁶⁻¹⁰

Onze bevinding dat patiënten uit de leeftijdsgroepen 16 tot 35 jaar en 76 jaar en ouder veel minder bevraagd worden over seksuele problemen wijst er mogelijk op dat 2 seksuele mythes ook onder POH's nog wijdverbreid zijn. De eerste mythe is dat jonge mensen nauwelijks seksuele problemen hebben, de tweede dat oudere mensen niet meer seksueel actief zijn. Uit de literatuur blijkt echter dat veruit de meeste patiënten wel degelijk hun seksuele problemen willen bespreken. Dat geldt gedurende het hele leven, ongeacht de aard van het seksuele probleem. Bovendien vinden patiënten het prettiger wanneer de zorgprofessional het gesprek hierover begint.^{8,9,12,13}

Kennis van zaken en kunde bleken belangrijke faciliterende factoren te zijn. De meeste POH's voelden zich echter onvoldoende onderlegd en hadden een sterke behoefte aan extra training op seksuologisch gebied. Dat we dat ook in de literatuur zien kan wijzen op een omissie in de POH-opleiding.¹⁴⁻²⁰ Deze bevindingen onderstrepen de noodzaak voor seksuologietraining tijdens en na de opleiding tot POH.

Aspecten die samenhangen met taal, etniciteit, cultuur en religie vormden andere belangrijke redenen die POH's ervan weerhielden om over seksuele problemen te beginnen. Ook dit blijkt uit de literatuur en het onderstreept nog maar eens hoe belangrijk het is om in de zorg aandacht te besteden aan 'culturele sensitiviteit'.^{21,22} Het lijkt erop dat de opleiding tot POH hier onvoldoende aandacht aan besteedt.

Een protocol of richtlijn over seksuele problemen lijkt het voor POH's makkelijker te maken om seksuele problemen ter sprake te brengen. Ook in de NHG-Standaarden over chronische ziekten zou het uitvragen van seksuele problemen (nog) explicieter aan bod moeten komen, zoals al gebeurt in de NHG-Standaard Diabetes mellitus. Verder zou het ook helpen wanneer POH's over meer informatie voor patiënten zouden



De meeste patiënten willen, ongeacht hun leeftijd, hun seksuele problemen met hun zorgverlener bespreken.

Foto: Shutterstock

beschikken (bijvoorbeeld via Thuisarts.nl). Behalve in brochures zou die informatie ook in e-healthmodules en websites ondergebracht kunnen worden.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. De *response rate* was 63,9%. Er kan echter sprake zijn van een responsbias: wellicht hadden de POH's die antwoordden meer kennis en kunde op dit vlak of vonden zij het belangrijker dat seksuele problemen besproken worden. Daarnaast bestaat er bij zelfgerapporteerde vragenlijsten en gesloten vragen altijd het gevaar dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. Vervolgonderzoek dat ook gebruikmaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden kan de gevonden resultaten verder onderbouwen.

CONCLUSIE

Het bespreken van de seksuele gezondheid van chronisch zieken is een belangrijke taak van POH's. Slechts een klein percentage van de POH's doet dit ook daadwerkelijk. Redenen hiervoor zijn gebrek aan ervaring, richtlijnen, kennis en kunde. Ons onderzoek laat zien dat het noodzakelijk is dat POH's seksuologietraining krijgen en dat duidelijk wordt gemaakt wie welke verantwoordelijkheden heeft voor dit deel van de gezondheidszorg voor chronisch zieke patiënten. ■

LITERATUUR

- Gijzen R, Oostrom Sv, Schellevis FJ. Neemt het aantal mensen met chronische ziekten en multimorbiditeit toe of af? Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Ursum J, Rijken M, Heijmans M, et al. NIVEL Overzichtstudies: zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: Nivel, 2011.
- Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken MJ. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010. Utrecht: Nivel, 2010.
- Van der Linden M, Westert G, De Bakker D, et al. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 2004.
- Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007;369:597-611.
- Hackett G, Krychman M, Baldwin D, et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *J Sex Med* 2016;13:887-904.
- Campos JGS, Villegas JR, Galo AP, et al. Impact of asthma on the sexual functioning of patients. A case-control study. *Arch Bronconeumol* 2017;53:667-74.
- De Boer B, Bots M, a Nijeholt AL, et al. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. *Int J Impot Res* 2004;16:358-64.
- Bijlsma-Rutte A, Braamse AM, Van Oppen P, et al. Screening for sexual dissatisfaction among people with type 2 diabetes in primary care. *J Diabetes Complications* 2017;31:1614-9.
- Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;369:409-24.
- Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet* 2007;369:512-25.
- De Boer BJ, Bots ML, Nijeholt AA. The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2005;2:445-50.
- Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, et al, editors. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clinic Proceed* 2019;94:842-56.
- Krouwel E, Nicolai M, Van Steijn-van Tol A, et al. Addressing changed sexual functioning in cancer patients: a cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19:707-15.

-
15. Van Ek GF, Krouwel EM, Van der Veen E, et al. The discussion of sexual dysfunction before and after kidney transplantation from the perspective of the renal transplant surgeon. *Progress Transplant* 2017;27:354-9.
 16. Haboubi N, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 2003;25:291-6.
 17. Stokes T, Mears J, Health R. Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *Br J Fam Plann* 2000;26:89-92.
 18. Bekker MD, Van Driel MF, Pelger RC, et al. How do continence nurses address sexual function and a history of sexual abuse in daily practice? Results of a pilot study. *J Sex Med* 2011;8:367-75.
 19. Ho T, Fernández M. Patient's sexual health: do we care enough? *J Ren Care* 2006;32:183-6.
 20. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, et al. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nurs* 2007;30:399-404.
 21. Gott M, Galena E, Hinchliff S, et al. 'Opening a can of worms': GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004;21:528-36.
 22. De Voogd AY, Reis R. Anders dan ik. In: Van Dijken PJ, Barnhoorn PC, Geurts JMC. redactie. *Professionaliteit in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021.

Barnhoorn PC, Zuurveen HR, Prins IC, Den Oudsten BL, Numans ME, Elzevier HW. Zorg voor seksuele gezondheid bij chronische zieken. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1082-6. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts-seksuoloog, p.c.barnhoorn@lumc.nl; I.C. Prins, huisarts i.o.; prof. dr. M.E. Numans, huisarts. Afdeling Psychiatrie: H.R. Zuurveen, psychiater i.o. Afdeling Urologie en Medische Besliskunde: dr. H.W. Elzevier, uroloog-seksuoloog. Tilburg University, afdeling Medische en Klinische Psychologie, Tilburg: dr. B.L. den Oudsten, psycholoog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.