

Veranderende seksuele gezondheid

bij mensen met kanker, een chronische
ziekte of lichamelijke beperking en
ouderen

Versie 1 - februari 2022



Deze eigenaar van deze richtlijn is:



Deze richtlijn is ontwikkeld door:



Deze richtlijn is gefinancierd door:



Geautoriseerd door: V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Vereniging voor Urologie

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar:

programmabureauks@venvn.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
Uitgangsvraag 1	19
1A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderende seksuele gezondheid?	
1B: Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?	
Inleiding	20
Aanbevelingen	21
Overwegingen	22
Conclusies	27
Uitgangsvraag 2	29
2A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?	
2B: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?	
2C: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?	
Inleiding	30
Aanbevelingen	31
Overwegingen	33
Conclusies	38
Uitgangsvraag 3	43
3: Hoe kan de verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten?	
Inleiding	44
Aanbevelingen	45
Overwegingen	46
Conclusies	49
Bijlagen	50
Algemene achtergrondgegevens	51
Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep	52
Begrippenlijst en afkortingen	55
Autorisatie	64
Patiëntenperspectief	65
Knelpuntinventarisatie en analyse	66
Verantwoording per module	72
Juridische betekenis	105
Kwaliteitsindicatoren	106
Implementatie	107
Onderwerpen voor verder onderzoek	120
Literatuurlijst	121

Samenvatting

In de "Richtlijn veranderende seksuele gezondheid bij mensen met kanker, chronische ziekten, lichamelijke beperking en ouderen" staan de volgende kernaanbevelingen centraal:

KERNAANBEVELINGEN



1. Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid bij mensen met kanker, chronisch zieken, een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken, zoals het 'Zakboek voor verpleegkundige diagnoses' (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (domein 8 Seksualiteit)
2. Het is de taak van een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderende seksuele gezondheid te bespreken. Overweeg hierbij gebruik te maken van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt verleend aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie pag. 23). Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (zie [NHG-Standaard Seksuele klachten](#)):
 - Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
 - Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
 - Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
 - Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?
3. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende en praktijkondersteuner om bij patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen veranderende seksuele gezondheid te bespreken. Dit kan tijdens de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij men laat merken het vanzelfsprekend te vinden dat patiënten vragen of zorgen over seksualiteit hebben (zie pag. 23).
4. Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderde seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)).
5. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag bij mensen met kanker, chronische ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen:
 - de eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
 - naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;

- binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.

Inleiding

Aanleiding en doel

Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid (in brede zin) draagt bij aan kwaliteit van leven van iedereen. Seksuele gezondheid is een proces waarin een ieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen maakt binnen de eigen wensen en grenzen. Met seksuele aanpassingen worden bedoeld: al die gedragingen, gedachten of ervaringen met betrekking tot seksualiteit waarbij een individu (proactief of reactief) reageert op diens omgeving. Hiermee is er ruimte voor seksuele diversiteit¹. Deze richtlijn neemt als uitgangspunt de definitie van (positieve) gezondheid volgens Machteld Huber "het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven" (Huber, 2011). De maatschappelijke en sociale positie van mensen speelt bij positieve gezondheid een belangrijke rol. De positieve beleving van intimiteit, seksualiteit en betekenisvolle relaties leveren hier een belangrijke bijdrage aan.

Daarnaast is het 'recht op seksualiteit' (recht op veilige en plezierige seksuele ervaringen zonder discriminatie, dwang en geweld) een zeer belangrijk basisrecht dat is beschreven in het 'Charter on Sexual and Reproductive Rights' ontwikkeld door de International Planned Parenthood Federation (internationale non-profit organisatie die sinds 1952 bestaat). Iedereen heeft het recht zich goed te voelen en seksuele gezondheid maakt daar integraal onderdeel van uit (Zorgstandaard Seksuele disfuncties, 2018; Leusink e.a., 2014).

Uit de Monitor 'Seksuele gezondheid in Nederland' (Rutgers, 2017) blijkt dat het hebben van een chronische ziekte of aandoening én de behandeling daarvoor invloed heeft op iemands seksueel functioneren. De kans op een seksueel probleem is dan ongeveer twee keer zo groot. Chronische ziekten of lichamelijke beperkingen kunnen invloed hebben op het seksueel functioneren door de symptomen zelf, de behandeling/medicatie of de manier waarop mensen er mee om (kunnen) gaan (Den Ouden e.a., 2017). Afhankelijk van de ziekte of beperking kan iemands seksualiteit direct worden aangetast, bijvoorbeeld opwindings- of orgasmeproblemen als gevolg van hormonale of neurologische effecten, maar ook indirect, bijvoorbeeld door pijn en vermoeidheid. Eveneens kan de seksuele relatie met anderen hierdoor worden bemoeilijkt. De ziekte of beperking kan ook invloed hebben op iemands seksuele identiteit. Hier wordt mee bedoeld dat iemand zich bijvoorbeeld minder of juist meer seksueel voelt, de positie die iemand tijdens de seks aan kan nemen verandert of iemand kan minder gemakkelijk masturberen waardoor de relatie met het eigen lichaam (en identiteit) verandert (Gianotten e.a., 2008). Tot slot krijgen het seksuele gedrag en de seksuele relatie betekenis voor een persoon en vormen zich tot een seksuele identiteit: wie ben ik als seksueel wezen, wat draag ik uit, hoe zou ik me willen gedragen en voelen, en wie zou ik als seksueel wezen willen zijn (Leusink e.a., 2014). Twee derde van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft behoefte aan hulp bij seksuele problemen (Kedde, 2012). Het is dus belangrijk hier aandacht aan te besteden en een richtlijn voor te ontwikkelen.

¹ Seksuele diversiteit gaat over alle verschillende vormen waarmee mensen uiting geven aan hun seksualiteit. Een veelgebruikte afkorting voor al deze verschillende vormen is LHBTI+. Deze afkorting staat voor lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer, aoseksueel en panseksueel.

Professionele hulp

Mensen gaan pas met hun probleem naar de hulpverlener als het niet helpt om met vrienden, partner(s), internet, boeken e.d. tot een oplossing te komen. Daarnaast moet het seksueel probleem ervaren worden als 'ernstig' en 'belemmerend' in het dagelijks leven. Mensen die weinig waarde hechten aan seksualiteit gaan bijvoorbeeld minder snel naar een professional met een seksuele kwestie dan mensen waarbij seksualiteit een belangrijke rol speelt in het leven. Een schaamtegevoel en moeite met praten over zo'n intiem onderwerp kunnen redenen zijn voor deze afwachtende houding van mensen bij het vragen om hulp. Een andere reden kan zijn dat mensen verwachten dat zij enkel met probleem-georiënteerde vragen naar een professional mógen gaan. Uit interviews met verscheidende cliënten kwam naar voren dat zij professionals vooral zien voor hulpverlening bij problemen en bij 'ernstige en problematische' zaken (Rutgers, 2012).

Slechts 14% van de volwassen mannen en vrouwen met seksuele problemen in Nederland zegt behoefte te hebben aan hulp/ondersteuning. Het ervaren van last is dus nog niet hetzelfde als behoefte hebben aan hulp. Van hen heeft 42% ook daadwerkelijk advies of hulp gehad. Wel blijkt dat mensen ervoor openstaan dat hun arts mogelijke seksuele problemen aansnijdt tijdens een routineconsult. Uit onderzoek onder volwassenen blijkt dat het probleem als niet ernstig genoeg beschouwen en gevoelens van schaamte belangrijke redenen zijn om geen hulp te zoeken. Andere factoren zijn: wanneer de partner niet wil dat iemand hulp zoekt, niet weten waar men terecht kan, het zelf al opgelost of verwerkt hebben, of geen vertrouwen hebben in de hulpverlening. Mensen die hulp zouden willen voor hun seksuele problemen, brengen die problemen vaker niet dan wel bij een zorgprofessional naar voren. Als zij hun probleem wel ter sprake brengen, doen ze dit meestal tijdens een consult over een ander onderwerp. De hulpvraag wordt dus vaak indirect gebracht. Schaamte lijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. Onzekerheid over de reactie van de hulpverlener (angst om veroordeeld te worden) speelt ook een rol (Rutgers, 2012).

Een probleem voor zorgprofessionals kan zijn dat patiënten met een seksueel probleem vaak eerst voorzichtige signalen geven, peilen hoe de hulpverlener reageert en het erbij laten zitten wanneer er weinig respons is. Verder hebben zorgprofessionals vaak een gebrek aan kennis en vaardigheden om het onderwerp bespreekbaar te maken (Rutgers, 2012).

- Seksuele problematiek wordt in de zorg ook lang dus niet altijd onderkend, het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid wordt vaak als moeilijk ervaren. Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag:
- angst om zich met privé zaken van de cliënt te bemoeien;
- (vermeend) tijdsgebrek;
- onvoldoende kennis en vaardigheden;
- schaamte om er naar te vragen: angst om als voyeur te worden gezien;
- veronderstellen dat de patiënt er zelf wel over zal beginnen;
- geen insteek of aanleiding hebben om het te bespreken;
- moeilijker vinden bij bepaalde patiënten van andere geslacht, andere cultuur, groot leeftijdsverschil, andere seksuele oriëntatie (o.a. Van Dijk e.a., 2012, Van Lunsen, 2014);
- Het feit dat seksualiteit geen onderdeel is van het reguliere zorgproces;
- onvoldoende op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheden. (Hoekstra e.a., 2014; Schuurman e.a., 2016).

Daarnaast weten zorgprofessionals niet altijd hoe om te gaan met (vermoedens van) traumatische ervaringen. De zorgprofessional kan terughoudend worden doordat die niet goed weet hoe te handelen wanneer zou blijken dat er inderdaad sprake is van een traumatische ervaring. Toch is het erg belangrijk dat zorgprofessionals hier sensitief naar zijn omdat zij een signalerende en hulpverlenende functie hebben. Ook kunnen bepaalde zorghandelingen triggers zijn voor mensen die te maken hebben (gehad) met seksueel geweld of andere traumatische ervaringen. Zorgprofessionals moeten hiervoor extra aandacht hebben, hierover in een later stadium meer. In een onderzoek op een dwarslaesieafdeling is ook gevraagd naar redenen waarom zorgprofessionals seksualiteit wél ter sprake brengen. De belangrijkste aanleidingen waren: het is

onderdeel van de anamnese, de probleemsituatie cliënt, en van de kwaliteit van leven (Schuurman e.a., 2016).

Taboe op seksualiteit

Hoewel seksualiteit in onze maatschappij een prominente rol heeft, weerspiegelt zich dat nog niet in een open (houding rond) communicatie over seksualiteit. Dit taboe is nog groter wanneer er ziekte of een lichamelijke beperking in het spel is. Dit geldt eveneens voor de zorgprofessional die misschien wel een probleem veronderstelt, maar het lastig vindt om hierover het gesprek te openen. Het lijkt soms alsof de maatschappij doet alsof mensen met een (chronische) ziekte of handicap niet seksueel actief zijn (Gianotten e.a., 2008).

Doel

Een richtlijn biedt een eenduidige wegwijzer voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners zodat zij om kunnen gaan met seksuele gezondheidsproblematiek ten gevolge van kanker, chronische ziekten, lichamelijke beperking of ouderdom. Een richtlijn ondersteunt hen in het leveren van adequate zorg rondom veranderende seksuele bij deze doelgroep.

Voor deze richtlijn zijn op basis van de knelpuntenanalyse (bijlage 6) de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

- Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderende seksuele gezondheid? (H4)
- Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen? (H4)
- Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken? (H5)
- Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen? (H5)
- Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met veranderende seksuele gezondheid? (H5)
- Hoe kan de verpleegkundig specialist/verzorgende/verpleegkundige omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten? (H6)

Doelgroep

Deze richtlijn is bedoeld voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, praktijkondersteuners huisartsen (POH) en praktijkverpleegkundigen in de eerste- en tweedelijnszorg. Zij zijn werkzaam in diverse settings, zoals in een huisartsenpraktijk, ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis en andere woonzorginstellingen. Daarnaast zijn zij bijna altijd werkzaam in multidisciplinaire teams. Zorgprofessionals met andere functies (denk aan maatschappelijk werk, artsen, sociaal werkers etc) kunnen ook baat hebben bij deze richtlijn, echter zijn zij niet de primaire doelgroep van deze richtlijn. In deze richtlijn refereren we naar deze doelgroep als zorgprofessional.

De richtlijn voor patiënten biedt mensen met kanker, chronische ziekten, lichamelijke beperking of ouderen inzicht in de zorg die zij kunnen verwachten rondom veranderende seksuele gezondheid.

In het implementatieplan behorend bij deze richtlijn zijn aanbevelingen geformuleerd voor

zorgaanbieders. Deze hebben een (voorwaarde-scheppende) rol bij de bevordering en toepassing van de richtlijn.

Doelpopulatie

Deze richtlijn beschrijft wat passende zorg kan zijn rondom veranderende seksuele gezondheid voor mensen met kanker, chronische ziekten, een lichamelijke beperking, en voor ouderen. Waar mogelijk worden diversiteit in cultuur, seksualiteit, gender en sekse in acht genomen. Echter is het belangrijk hier te benoemen dat er onvoldoende onderzoek is gedaan naar de diverse patiëntenpopulatie om hier echt onderscheidende dingen te kunnen benoemen. Deze richtlijn toont aan dat hier nog veel winst te behalen valt.

Deze richtlijn dient tevens als vervanging voor de richtlijn 'veranderd seksueel functioneren' van het Integraal Kankercentrum Nederland, daarom wordt er specifiek meer aandacht besteed aan kanker in deze richtlijn.

In deze richtlijn hanteren we de leeftijd 65+ wanneer we spreken over ouderen, zoals in het meeste onderzoek in Nederland wordt gedaan. Dit zijn in 2021 ongeveer 3,2 miljoen Nederlanders (CBS, 2020). De helft van de Nederlandse zelfstandig wonende ouderen leeft met één of meer chronische ziekten, dit zal voornamelijk de groep zijn die te maken krijgt met zorg en eventueel veranderde seksuele gezondheid. Ook wordt te vaak onterecht aangenomen dat ouderen minder tot geen behoefte meer hebben aan seksualiteit of intimiteit, en daardoor aandacht voor seksuele gezondheid in de zorg minder belangrijk is. Ook om dit idee tegen te gaan benoemen we ouderen expliciet als doelgroep van deze richtlijn.

Daarnaast kent Nederland ongeveer 8,5 miljoen mensen met één of meer chronische ziekten (50% van de bevolking) (RIVM, 2018). Ongeveer 1,4 miljoen Nederlanders hebben een lichamelijke beperking (CIZ, 2019).

Publicatiedatum en herziening

Uiterlijk in 2025 bepaalt het bestuur van V&VN in samenspraak met betrokken partijen of de richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten. V&VN is als eigenaar van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de richtlijn. Andere beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen of gebruikers delen deze verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen.

Algemene mechanismen bij seksuele gezondheid

Seksualiteit is onlosmakelijk verbonden met een mensenleven, van de bevruchting tot het eind van iemands leven. Goed inzicht in wat seksualiteit is, de seksuele levensloop en de context waarin de seksuele ontwikkeling plaatsvindt biedt aanknopingspunten voor adequate ondersteuning en maakt dat onnodige zorgen of problemen weggenomen kunnen worden (Höing e.a., 2017).

Wat is seksualiteit?

Bij seksualiteit wordt vaak alleen aan seksueel gedrag gedacht en soms enkel aan seksueel gedrag met een partner. Seksualiteit is echter meer dan dat. Het gaat bijvoorbeeld ook over lichaamsbeeld (bijvoorbeeld tevredenheid over het lichaam), zelfliefde zoals masturbatie, genderidentiteit en genderrol (bijvoorbeeld je een man of vrouw voelen, of allebei of geen van beide en het hierin willen wisselen van identiteit), verliefdheid en relatievorming, seksuele oriëntatie, interesses en verlangens, opvattingen en gevoelens, reproductieve gezondheid en seksueel functioneren. Op elk van deze deelgebieden vindt ontwikkeling plaats: in sommige levensfasen meer op het ene gebied, in andere levensfasen meer op een ander gebied. Al deze factoren spelen een rol wanneer we spreken over seksualiteit. Voor deze richtlijn concretiseren we het begrip seksualiteit op sommige vlakken meer dan op andere vlakken, echter speelt al het bovengenoemde een rol wanneer het gaat over seksualiteit (Höing e.a., 2017, Gianotten e.a., 2008, Leusink e.a., 2014).

Seksualiteit kent drie dimensies: gedrag, relaties en identiteit (Leusink e.a., 2014).

- **Seksueel gedrag** gaat over de zichtbare seksualiteit. Dit gaat over vragen als: hoe functioneren mensen seksueel, wat doen zij, hoe doen ze het, met wie en hoe vaak? Hoe iemand zich seksueel gedraagt is het resultaat van denken, voelen en willen en richt zich op een persoon (of object) al naar gelang de seksuele voorkeur van deze persoon. Bij seksualiteit met een ander speelt ook de afstemming en wederzijdse instemming een belangrijke rol.
- Als seksueel gedrag zich afspeelt tussen twee (of meer) mensen, spreken we van een **seksuele relatie**. De kwaliteit van deze seksuele relatie is afhankelijk van de persoonlijke (seksuele) biografie van de personen in de relatie, van hun onderlinge verhouding en seksuele en niet-seksuele motieven om tot seksueel gedrag over te gaan.
- Tot slot krijgen het seksuele gedrag en de seksuele relatie betekenis voor een persoon en vormen zich tot een **seksuele identiteit**: wie ben ik als seksueel wezen, wat draag ik uit, hoe wil ik me gedragen en voelen en wie wil ik zijn als seksueel wezen.

Seksueel gedrag, relatie, seksuele identiteit en de betekenis van seksualiteit beïnvloeden elkaar en veranderen gedurende het leven. Dit is afhankelijk van leeftijd, levensfase, ervaringen en de context waarin iemand zich begeeft (Gianotten e.a., 2008). Bij de karakterisering van seksualiteit in het kader van deze richtlijn is het van belang om een onderscheid te maken tussen 'seksueel functioneren' en 'seksualiteitsbeleving'.

- **Seksueel functioneren** verwijst naar dat het lichamelijk, seksueel reageren in termen van de seksuele responscyclus naar wens verloopt. Het gaat daarbij om ongestoord seksueel functioneren in termen van seksueel verlangen, opwinding, orgasme, voldoende spierontspanning en afwezigheid van pijn tijdens het vrijen.
- **Seksualiteitsbeleving** verwijst naar de subjectieve beleving van seksualiteit. Hoe beleeft iemand het seksueel actief zijn? Wat is de betekenis van seksualiteit voor deze persoon? Er is sprake van een seksueel probleem indien er op dit vlak iets misloopt, wanneer het niet lukt om een positieve beleving te koppelen aan seksualiteit of wanneer men zich stoort aan bepaalde elementen van de seksualiteitsbeleving.

Seksuele levensloop

Levenslooperspectief

De seksuele levensloop kent verschillende levensfasen op basis van de ontwikkelingspsychologie. De ontwikkeling wordt meestal beschreven op basis van de volgende deelgebieden van seksualiteit: lichaamsbeeld; genderidentiteit en genderrol; verliefdheid en (seksuele) relatievorming; seksuele interesse en gevoelens bij seks; seksueel gedrag; seksuele problemen. Op veel van deze domeinen vindt levenslang ontwikkeling plaats, op sommige domeinen ligt het zwaartepunt van ontwikkeling in bepaalde levensfasen. In deze richtlijn beperken we ons tot de levensfasen vanaf 19 jaar. Over de levensfasen van mensen onder de 19 jaar is ook informatie beschikbaar, deze is bijvoorbeeld te vinden op de website van Rutgers (2021).

○ *Late adolescentie (19 tot en met 24 jaar)*

Deze fase staat in het teken van het ontdekken van verschillende partners en leefstijlen en wat positieve gevoelens oproept bij seksualiteit. Jongeren krijgen langzaam meer verantwoordelijkheidsbesef, maar overzien de risico's van bepaald gedrag nog niet volledig. Mensen krijgen te maken met seksuele grensoverschrijding of seksueel geweld. Meer dan de helft van de vrouwen (53%) en 19% van de mannen wordt tegen hun wil in aangeraakt. Ook LHBTI mensen krijgen hier meer mee te maken. De meeste jongeren zijn in deze fase seksueel actief. De relatief hoge mate van seksuele activiteit, gekoppeld aan leefstijl en het in beperkte mate kunnen overzien van risico's, maakt dat verschillende seksuele risico's het meest in deze leeftijdsfase voorkomen (zoals onveilige seks).

○ *Volwassenheid (25 tot en met 39 jaar)*

In deze levensfase hebben de meesten een vaste relatie, maar er is een grote variatie in leefstijlen. Het grootste deel van de 35- tot 40-jarigen (61%) heeft een vaste partner met wie men samenwoont of getrouwd is. Seks kan in langdurige relaties steeds beter worden (door veiligheid en intimiteit met degene die je goed kent), maar de zin in seks kan ook geleidelijk afnemen (om dezelfde reden). Veel mensen krijgen in deze levensfase te maken met zwangerschap en zorg voor kinderen. Zwangerschap en de zorg voor jonge kinderen gaan gepaard met belangrijke biologische, psychologische en sociale veranderingen (Gianotten e.a., 2008), hierdoor kan de zin in seks tijdelijk toe- of afnemen.

○ *Midlife (40 tot en met 54 jaar)*

De sociale context bestaat voor de meeste mensen in deze levensfase uit het hebben van een partner en kinderen, 15 % van de 40- tot 55-jarigen woont alleen. In deze levensfase vinden ook de meeste (echt)scheidingen plaats. 40 % van alle huwelijken eindigt in een echtscheiding. Daarnaast neemt bij zowel mannen als vrouwen de productie van geslachtshormonen in deze levensfase af. Bij mannen daalt de testosteronspiegel van het veertigste levensjaar jaarlijks met ongeveer 1,5 %, maar deze afname wordt bij de meeste mannen pas boven de zestig jaar klinisch relevant (Van Lankveld e.a., 2010). Vrouwen komen in deze levensfase meestal in de overgang. Het seksueel verlangen kan dan toenemen maar ook minder worden als gevolg van pijn bij het vrijen of problemen met vochtig worden. Vrouwen voor en na de overgang verschillen niet van elkaar in de mate van subjectieve opwindings bij het zien van erotische beelden (Basson e.a., 2005) noch in genitale respons, mits voldoende gestimuleerd.

○ *Derde levensfase (55 tot en met 74 jaar)*

De periode van 55 tot en met 74 jaar wordt ook wel de 'derde levensfase' genoemd. In deze levensfase neemt seksuele activiteit geleidelijk af, maar stopt voor de meesten niet (Lindau e.a., 2007; Nicolosi e.a., 2006). Ouder worden heeft een aantal voordelen voor het seksueel welbevinden: er is vaak meer tijd voor elkaar, er is geen werk meer of inwonende kinderen, anticonceptie tegen zwangerschap speelt geen rol meer en vaak weet men goed wat men wil en is er in langdurige relaties veel intimiteit opgebouwd. Sommige ouderen zeggen dat hun seksleven er door al deze factoren alleen maar beter op is geworden (Kleinplatz e.a., 2009). Hierin is ook een cohortverschil zichtbaar: de zeventigjarigen van nu zijn seksueel actiever en meer tevreden over hun seksleven dan de generaties voor hen (Beckman e.a., 2008). Door de toegenomen welvaart verkeren zij ook in een betere lichamelijke en sociale conditie. Ouder worden heeft echter ook

nadelen voor de seksualiteitsbeleving. Chronische ziekten doen meer hun intrede tussen de 55 en 75 jaar (vooral hart- en vaatziekten, ziekte in het centrale en perifere zenuwstelsel, spierziekten, gewrichtsklachten en diabetes). Dit kan een negatief effect hebben op het seksueel functioneren en -welzijn (Verschuren e.a., 2010). Deze negatieve effecten kunnen het directe gevolg zijn van de ziekte of een indirect gevolg vanwege het verminderde lichamelijke functioneren, de behandeling of medicijnen die iemand krijgt, of de psychische en relationele problemen die het gevolg zijn van de ziekte.

- *Vierde levensfase (75 jaar en ouder)*

Ook in het vierde levensjaar zijn veel mensen nog seksueel actief en tevreden over hun seksleven. In een onderzoek in acht Europese landen gaf 54 procent van de mannen tussen de 70 en 80 jaar en 21 procent van de vrouwen van deze leeftijd aan in de afgelopen twaalf maanden seksueel actief zijn geweest (Nicolosi e.a., 2006).

Door het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen en het gegeven dat vrouwen doorgaans een oudere partner hebben, zijn veel oudere vrouwen alleenstaand (CBS Statline, 2016a). De prevalentie van seksuele problemen, zoals erectieproblemen en het minder vochtig worden van de vagina neemt toe (Laumann e.a., 2005). Van de 75-plussers heeft 83 procent een chronische ziekte zoals reuma, diabetes, hart- en vaatziekten, kanker of dementie (Oostrom e.a., 2011). Net als in de derde levensfase kunnen deze aandoeningen een direct of indirect effect hebben op iemands seksuele gezondheid.

Context waarin seksualiteit plaatsvindt

Seksualiteit speelt een rol in alle fasen van het leven. Hoe het lichaam reageert op seksuele prikkels en tijdens seks, hoe mensen zich op seksueel gebied gedragen, wat zij prettig vinden en wat niet, waar zij wel of niet opgewonden van worden en wat er wel of niet kan en mag op seksueel gebied is afhankelijk van een veelheid aan factoren: biologische, psychische en sociale. Dit wordt wel het biopsychosociaal model van seksualiteit genoemd (Basson, 2007).

- *Biologische factoren*

Het lichaam is vaak onderdeel van het beleven van seksualiteit, dus hoe het functioneert, voelt, beweegt etc, is van invloed op de beleving van seksualiteit. Met name de lichaamsfuncties spelen een rol bij de verwerking van seksuele prikkels die van invloed zijn op de seksuele respons, het hormonale stelsel, zenuwstelsel en vaatstelsel. Daarnaast zijn geslachtshormonen belangrijk voor de ontwikkeling van de geslachtsorganen. De seksuele responscyclus bestaat uit vier fasen, namelijk (a) opwinding, (b) plateau, (c) orgasme en (d) ontspanning. Bij de seksuele-responscyclus hebben geslachtshormonen een belangrijke functie, omdat zij samenhangen met de mate van seksuele opwinding - zowel de genitale opwinding als ook de subjectieve opwinding.

Bij seksuele opwinding van een vrouw stroomt er meer bloed naar de vagina, die vochtig wordt. Bij toenemende opwinding stroomt er ook meer bloed naar de buitenkant van de vagina. Daardoor wellen ook de clitoris en de binnenste en buitenste lippen. Bij grote opwinding wordt het diepste deel van de vagina ook langer en wijder.

Een erectie is het gevolg van bloedstuwning in de verwijde bloedvaatjes van de penis. Bij beschadiging (bijvoorbeeld door een dwarslaesie) of ziekte aan het zenuwstelsel (bijvoorbeeld door multiple sclerose) is de prikkelgeleiding geheel of gedeeltelijk verstoord en wordt de lichamelijke opwinding moeilijker.

Ook het vaatstelsel is belangrijk bij de lichamelijke opwinding, vanwege de grote rol die sterkere doorbloeding speelt bij de lichamelijke opwinding. Ziekten die van invloed zijn op het vaatstelsel en de doorbloeding, zoals aderverkalking of diabetes, hebben vaak veel invloed op het seksuele functioneren (Weijmar Schultz, 2009).

Van verschillende medicijnen is bekend dat zij een negatief effect kunnen hebben op het seksueel functioneren, bijvoorbeeld medicijnen voor het verlagen van de hartslag en bloeddruk en antidepressiva.

- *Psychologische factoren*

De seksuele-responscyclus verloopt ook via psychologische processen zoals motivatie, emoties en gedachten (cognities). De motivatie om seks te willen hebben is een deels bewust en deels onbewust proces. Het zogenaamde 'beloningscircuit' in de hersenen zorgt ervoor dat bij het ervaren van een prettige gebeurtenis dopamine vrijkomt in de hersenen, wat op zichzelf weer een prettig gevoel geeft, waardoor er de wens ontstaat de ervaring te willen herhalen. Via de bekrachtiging wordt geleerd wat positieve seksuele stimuli zijn, en vervolgens wordt het emotiecentrum in de hersenen (de amygdala) geactiveerd en komt emotionele opwinding tot stand (Gijs e.a., 2009). Gevoelens van lust, plezier, intimiteit en veiligheid kunnen een bijdrage leveren aan dit positieve leerproces. Negatieve gevoelens zoals angst, schaamte en traumatische ervaring met seksuele grensoverschrijding belemmeren de seksuele respons. Behalve emoties zijn ook gedachten (cognities) sterk van invloed op je seksuele gezondheid. Negatieve gedachten kunnen de seksuele-responscyclus verstoren (Gijs e.a., 2018).

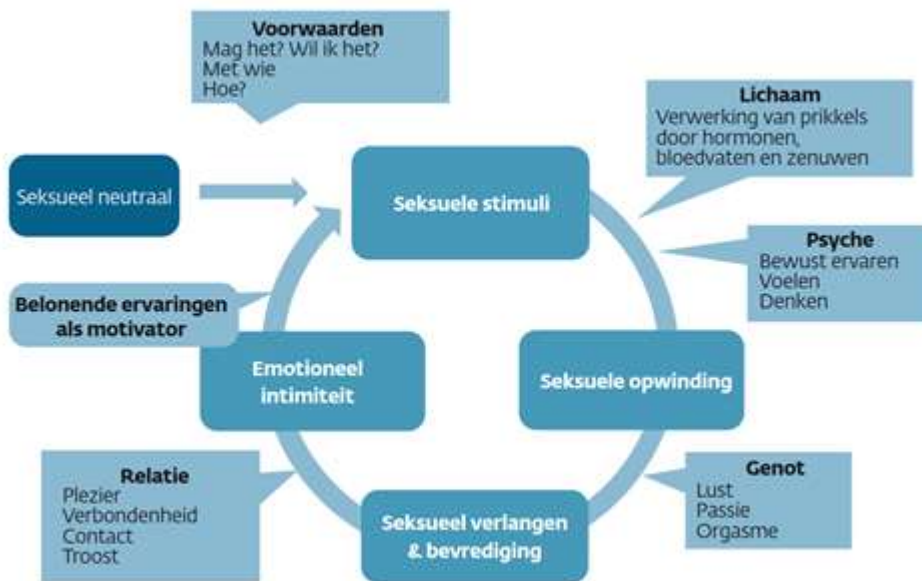
- *Sociale factoren*

Seksueel gedrag is ook sociaal gedrag en wordt mede bepaald door de context waarin we opgroeien en leven. Wat 'normaal' seksueel gedrag is wordt grotendeels via de opvoeding en in groepen met leeftijdgenoten geleerd. Men past zich vaak aan deze sociale normen aan. Deze sociale normen staan soms op gespannen voet met de behoefte aan individuele expressie van de eigen seksualiteit. In een samenleving waar heteroseksualiteit en mannelijke seksualiteit de norm zijn, worden mensen die niet tot de hetero-norm behoren en seksueel actieve vrouwen vaker te kort gedaan en is het voor hen lastiger om de eigen seksuele behoeften te onderzoeken (Gijs e.a., 2018). Sociale normen spelen ook een rol bij ouderen. Velen hebben bewust of onbewust het idee dat seksualiteit en ouderdom niet samengaan.

Seksualiteit en seksuele behoeften spelen dus een rol in alle fasen van het leven, en er zijn veel factoren die bepalen of en hoe seksueel gedrag tot stand komt. Soms hebben mensen behoefte aan uitleg over de verschillende aspecten van seksualiteit. Cliënten kunnen hier soms ondersteuning in gebruiken. Een model dat hierbij helpt is het 'circulair model seksuele respons' (Höing e.a., 2017).

Circulair model seksuele respons

Het circulair model seksuele respons is ontwikkeld door Basson (Leusink e.a., 2014). Een zorgprofessional kan dit circulair model gebruiken om aan iemand uit te leggen hoe de seksuele respons werkt en aanwijzen in welke fase deze bij de patiënt verstoord raakt. Het laat zien dat seksueel reageren een gevolg is van een belonende prikkel in een voor die persoon optimale context en niet het gevolg is van een zogenaamde spontane drift. Dit model beschrijft de voorwaarden en gevolgen van seksueel reageren.



Figuur 1: Circulair model (o.a. naar Basson 2001; ontleend aan Leusink en Ramakers, 2014).

In dit model zien we dat er basisvoorwaarden zijn om vanuit de seksueel neutrale positie te verplaatsen naar de situatie van seksueel ontvankelijk zijn. Je moet als het ware in de cirkel stappen.

Incentive motivation: goede seks smaakt naar meer seks

Het hele systeem werkt alleen goed als er sprake is van adequate feedback. Als iemand de seksuele cirkel is ingestapt, wordt het seksuele gedrag gevoed door het genereren van verlangen en opwinding. Als deze opwinding als positief wordt gewaardeerd, dan ontstaat er een leereffect: dit heet incentive motivation (Leusink, 2014).

Deze positief belonende ervaring leidt tot seksuele motivatie. Positieve waarderingen van de ander, bijvoorbeeld een aanmoedigend gekreun, is een seksuele prikkel die leidt tot nog meer opwinding aan beide kanten. Uit opwinding ontstaat dus verlangen en visa versa. En positief bekrachtigen is de benzine in deze motor. Maar er kan ook zand in de motor komen. Dus goede seks smaakt naar meer en slechte seks ontnemt je de lust. Seks doe je dus met je lijf, je hart en je hoofd.

Er zijn ook belemmerende factoren in het biopsychosociale circulaire model van responsieve seks. (Leusink et al., 2014).

Seksuele belemmeringen:

- Inadequate stimuli (seksuele prikkels);
- Beperkt seksueel (erotisch) repertoire;
- Prestatiegerichte seksuele activiteit;
- Seksuele problemen bij partner;
- Irreële verwachtingen (mythes)

Somatische belemmeringen:

- Hormonale, neurologische, cardiovasculaire aandoeningen;
- Medicatiegebruik;
- Behandeling (chirurgie, bestraling, bekkengebied, chemotherapie).
- Anatomische aandoeningen.
- Enzovoort.

Psychologische belemmeringen:

- Depressie, woede, angst;
- Belemmerende negatieve gedachten (cognities);
- Negatief zelf- en lichaamsbeeld;
- Negatieve seksuele ervaringen.

Contextuele belemmeringen:

- Verstoorde partnerrelatie (relatieproblemen);
- Miscommunicatie over wensen en grenzen;
- Angst voor ongewenste zwangerschap of soa;
- Culturele of religieuze waarden en normen;
- Ontbrekende beschikbaarheid van of toegankelijkheid tot een partner

Chronische ziekte of lichamelijke beperking en seksualiteit

Met een lichamelijke beperking bedoelen we in deze richtlijn een aangeboren of door ziekte of ongeval opgelopen beperking van lichamelijke aard. Onder een chronische ziekte of lichamelijke beperking verstaan we een definitief of langer dan zes maanden bestaand lichamelijke complicatie (Leusink et al., 2014).

Zoals al eerder beschreven kan seksualiteit voor mensen uiteenlopende functies en betekenissen hebben die in de loop van de tijd kunnen veranderen. Dit is niet anders voor mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking; maar zij krijgen daarnaast ook nog te maken met verschuivingen in de betekenis van seksualiteit ten gevolge van het verloop van een ziekteproces of handicap. Zoals hierboven beschreven zijn er specifieke biologische, psychologische en sociale factoren die een rol kunnen spelen bij een bepaalde ziekte of beperking (zie 3.3: biopsychosociaal). De manier waarop mensen voorafgaand aan een ziekte of behandeling met seks omgaan is vrij bepalend in de manier waarop ze ermee omgaan tijdens de ziekte of behandeling. Dit is ook bepalend in de manier waarop mensen hierover willen communiceren met hulpverleners (Bronner e.a., 2004).

Chronische ziekten zoals diabetes mellitus, hart- en vaataandoeningen en reumatische aandoeningen kunnen een negatieve invloed hebben op seksualiteit. Bijvoorbeeld bij aandoeningen aan het zenuw-, vaat- of hormoonstelsel. Het lichaam kan dan verminderd reageren op seksuele prikkels. Men kan daarbij denken aan iemand met longproblemen die het tijdens het vrijen benauwd krijgt, of iemand met reuma die pijnklachten of bewegingsbeperkingen door schade aan gewrichten ervaart, of iemand die spastisch is en het hierdoor moeilijk vindt om seksuele relaties aan te gaan. Op allerlei manieren kan een chronische ziekte of beperking effect hebben op iemands seksuele leven.

Dit zijn voorbeelden van directe invloed op het seksueel functioneren, maar er zijn ook indirecte gevolgen voorstelbaar. Denk hierbij aan de invloed van pijn en vermoeidheid, iets waar vrijwel elke chronische patiënt mee te maken krijgt. Ook kunnen er complicaties optreden door een bepaalde behandeling. Daarnaast hebben veel medicijnen een negatief effect op iemands seksuele gezondheid, zoals sommige antihypertensiva, maagzuurremmers, anti-reumatica, antidepressiva, antipsychotica en cytostatica. Als er bijwerkingen zijn dan gaat het vrijwel altijd over een remmend effect op de zin in seks, op de opwinding of op het vermogen tot het krijgen van een orgasme. In het geval van Parkinson kan er juist sprake zijn van een ontremming (door de toediening van dopamine-agonisten) evenals bij sommige andere neurologische beelden door schade aan de hersenen (Leusink e.a., 2014). Ook immunotherapieën of chirurgische ingrepen of radiotherapie hebben neveneffecten op seksualiteit.

Kanker en seksualiteit

In deze richtlijn is er extra aandacht voor kanker en seksualiteit, o.a. doordat deze richtlijn ook als vervanging dient voor de al bestaande richtlijn 'veranderd seksueel functioneren' van het Integraal Kankercentrum Nederland. Verschillende vormen van kanker en desbetreffende behandelingen

hebben in verschillende mate invloed op iemands seksualiteit. In 2019 werden er in Nederland ongeveer 117.600 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld: 61.400 bij mannen en 56.200 bij vrouwen (Rijksoverheid, 2020).

Kanker, net als andere ziekten, kan invloed hebben op verschillende dimensies van iemands leven. Denk hierbij aan lichamelijke en geestelijke gezondheid, relaties, sociale rollen, religie en spiritualiteit. Daarnaast kan het zorgen voor veranderingen in de beleving van seks met jezelf of met anderen. Verschillende vormen van en behandelingen voor kanker hebben andere effecten op iemands leven. De vele vormen van kanker en de verschillende behandelingsvormen (operatie, radiotherapie, chemotherapie, hormoontherapie, immuuntherapie, androgeen deprivatie therapie) maken het onmogelijk om alle consequenties voor iemands seksualiteitsbeleving te benoemen. Hoewel de directe invloed van kanker, of de indirecte invloed door de behandeling, op de seksualiteit evident is, is dit niet perse de verklaring voor veranderende seksuele gezondheid. (Leusink e.a., 2014).

Behandelingen, zoals de behandeling voor baarmoederhals- of prostaatkanker kunnen wel direct van invloed zijn op het seksueel functioneren door de beschadiging van zenuwen en bloedvaten die van belang zijn voor de erectie. Een borstamputatie, een stoma, kaalheid ten gevolge van chemotherapie en littekens kunnen van invloed zijn op iemand seksualiteitsbeleving, bijvoorbeeld omdat iemand zich hierdoor minder aantrekkelijk voelt of zich schaamt (Höing e.a., 2017). Uiteindelijk blijken vooral psychologische en/of sociale factoren in belangrijke mate verantwoordelijk voor de seksuele problemen en dienen in de beoordeling van seksuele klachten na kanker dan net zo nauwkeurig uitgevraagd en meegenomen te worden als de somatische factoren. Een verbetering of oplossing van het seksueel probleem moet vaker worden gezocht in het begeleiden van de patiënt om te leren anders om te gaan met seksualiteit en intimiteit, dan in de praktische of somatische oplossingen. De hulpverlener dient het gesprek hierover te beginnen als de patiënt dat zelf niet doet (Leusink e.a., 2014).

Ouderdom en seksualiteit

In 2021 telt Nederland ongeveer 3,2 miljoen Nederlanders die 65 jaar en ouder zijn (CBS, 2020). Van deze ouderen gaf iets meer dan de helft aan zich beperkt te voelen door hun gezondheid. De meeste voorkomende problemen waar zij mee te maken hebben zijn chronische ziekten, eenzaamheid en functioneringsproblemen. De levensverwachting van mensen stijgt en het aantal ouderen in Nederland ook. In 2040 wordt verwacht dat er 4,8 miljoen ouderen zijn, dat is een vierde van de Nederlandse bevolking (CBS, 2020). Naar verwachting zullen er in 2040 330.000 mensen dementie hebben, wat een verdubbeling is ten aanzien van 2015. In 2016 had de helft van de ouderen één of meer langdurige aandoeningen (zoals diabetes, hart- en vaatziekten, of artrose). Ook voor hen kan seksualiteit een waardevolle functie hebben en draagt het bij aan de kwaliteit van leven. Een flink deel van de ouderen is seksueel actief. Van de Nederlandse ouderen tussen de 65 en 70 jaar heeft 82 procent van de mannen en 54 procent van de vrouwen in het afgelopen half jaar seks gehad. Voor ouderen tussen de 70 en 80 jaar liggen de percentages op 54 (mannen) en 21 (vrouwen). Wat je ook ziet, is dat veel ouderen seks belangrijk vinden en tevreden zijn met hun seksleven. Ouderen van nu zijn ook seksueel actiever en meer tevreden dan de generaties voor hen (Rutgers 2017).

Met het ouder worden neemt de prevalentie van seksuele problemen toe. Bij mannen gaat het hierbij vooral om een toename van erectieproblemen en bij vrouwen gaat het voornamelijk over vaginale droogte (Kedde, 2012). De ziekte dementie heeft grote invloed op het seksuele leven van de persoon zelf, maar ook op dat van de partner. Vaak is het zo dat de seksuele activiteit van de persoon met dementie afneemt, maar het kan ook juist zijn dat iemand met dementie een groter seksueel verlangen krijgt of seksueel ontremd gedrag vertoont. Bij mensen met dementie (of andere vormen van hersenschade) neemt het inlevingsvermogen vaak af, ze krijgen door de ziekte vaak minder oog voor en zicht op de behoeften van de ander. Dit kan ook voor de partner een erg pijnlijk en lastig proces zijn (Höing e.a., 2017). Daarnaast kunnen sommige in de zorg ingezette maatregelen ook hun weerslag hebben op de seksualiteitsbeleving van een cliënt. Bijvoorbeeld een hoog-laagbed, waardoor het voor partners lastig wordt om intiem naast elkaar te liggen en elkaar aan te raken, of het gebruik van incontinentiemateriaal, waardoor zelfbevrediging of het

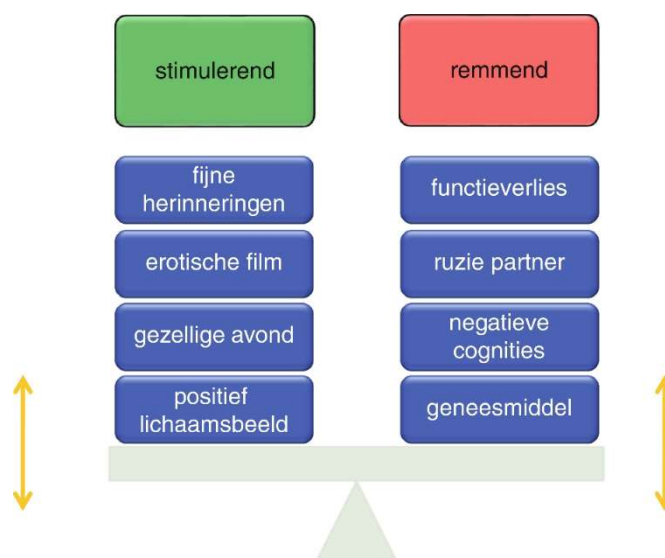
bevredigen van de ander bemoeilijkt wordt. Ook opname in een verpleeghuis brengt ingrijpende veranderingen met zich mee. De regels en afspraken van het huis, de sociale druk van andere bewoners en staf, het niet meer samenwonen met de partner en een gebrek aan privacy kunnen een negatief effect hebben op de mogelijkheden tot intimiteit en seksualiteit (Rutgers, 2009). Ook het ontbreken van tweepersoonsbedden kan bewoners belemmeren bij het hebben van intiem contact. Verder kan het gebruik van infrarood om de bewegingen van iemand te monitoren (bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand uit bed valt of gaat dwalen), ten koste gaan van de privacy van de bewoner.

Seksualiteit hernieuwd vormgeven

Een zorgprofessional kan een rol spelen in de ondersteuning van mensen met kanker, een chronische ziekte of lichamelijke beperking en ouderen door hen voor te lichten over mogelijke gevolgen van behandeling, ziekte of medicatie. Daarnaast kan iemand ondersteund worden in het hernieuwd vormgeven van seksualiteit en intimiteit. Een zorgprofessional kan mensen doorverwijzen naar meer informatie over hulp bij het beleven van iemands seksualiteit, denk hierbij aan seksuele hulpmiddelen, seksuologische hulpverlening door een professional NVVSz, e-health, medicatie, technologische hulp, sekswerk (Neufeld e.a., 2002). Daarnaast is het belangrijk dat mensen informatie krijgen over hoe seksualiteit en hun ziekte met elkaar samenhangen. Wederom is het van belang dat de zorgprofessional hierin ondersteunt, door zelf deze informatie te verschaffen of door te verwijzen.

Soms is volledig herstel van seksuele functies niet mogelijk maar is het wel mogelijk om door middel van acceptatie van en aanpassingen aan de blijvende beperkingen, de seksuele relatie (opnieuw) vorm te geven. De zorgprofessional dient de patiënt en eventuele partner(s) te helpen bij het verwerken van verlies van gezondheid en vervolgens die factoren te onderzoeken die de seks in overeenstemming brengt met de wensen binnen de mogelijkheden van de realiteit (Leusink e.a., 2014).

Een manier om als zorgprofessional samen met de patiënt en eventuele partner(s) te onderzoeken welke factoren meespelen in het hernieuwd vormgeven van seksualiteit is dit weegschaalmodel bruikbaar [Figuur 3]



[Figuur 3]: Weegschaalmodel: de stimulerende en remmende factoren worden tegen elkaar afgewogen.

Patiënt, eventuele partner(s) en zorgprofessional maken een analyse van zowel belemmerende factoren als bevorderende factoren. Hierdoor wordt inzichtelijk dat 'de ziekte' of 'het medicijn' niet

allesbepalend is en op welke manieren de patiënt de seksualiteit positief kan beïnvloeden.

Bij veel klachten is een praktische en creatieve aanpak wenselijk. Soms kan het nodig zijn om de patiënt en/of partner(s) eerst te bewegen om mythes en misverstanden los te laten en hen gezamenlijk een nieuw doel te laten stellen. Verschillende disciplines zijn nodig om de juiste kennis en hulp aan de patiënt te bieden. Een fysiotherapeut kan advies geven over houding, een ergotherapeut kan meedenken over technologische hulpmiddelen en een logopedist kan oefeningen geven zodat de speekselproductie tijdens het zoenen minder wordt. Dit zijn slechts een aantal voorbeelden, het is voor zorgprofessionals vooral van belang te weten naar wie ze kunnen doorverwijzen voor specifieke hulp die zij zelf niet kunnen geven.



Uitgangsvraag 1

1A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderende seksuele gezondheid?

1B: Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?

februari 2022

Inleiding

Uitgangsvraag 1 bestaat uit twee aparte uitgangsvragen, te weten:

- **Uitgangsvraag 1A:** Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderende seksuele gezondheid?
- **Uitgangsvraag 1B:** Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?

In dit hoofdstuk worden soms per alinea 1 van de 2 vragen behandeld, hierbij wordt specifiek aangegeven dat het gaat om Uitgangsvraag 1A of 1B. Indien dit niet specifiek vermeld wordt, betreft de informatie beide uitgangsvragen.

Aanbevelingen

OVERWEEG

Uitgangsvraag 1: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderende seksuele gezondheid?

1. Verpleegkundig specialisten kunnen bij de intake of ander contactmoment met de patiënt rondom het signaleren van veranderende seksuele gezondheid bij mensen met kanker, chronisch ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen overwegen om gebruik te maken van de seksuologische vragenlijsten 'Female sexual function inventory' en de 'Female Sexual Distress Scale - revised' (bij vrouwen) en de 'International index of erectile function' (bij mannen) (zie handboek Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling, Van Lankveld e.a., 2010 & website www.seksueledisfuncties.nl).

Uitgangsvraag 2: Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?

2. Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid bij mensen met kanker, chronisch ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken zoals het 'Zakboek voor verpleegkundige diagnosen' (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (zie website Over NNN | NANDA NIC NOC (bsl.nl)) (domein 8 Seksualiteit). (kernaanbeveling)
3. Om een diagnose te stellen ten aanzien van veranderende seksuele gezondheid in verschillende sectoren bij mensen met kanker, chronisch ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen is te overwegen dat verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en praktijkondersteuners de volgende specifieke diagnostische instrumenten inzetten:
 - In de ziekenhuiszorg: de 11 gezondheidspatronen van Gordon (Gordon classificatie (verpleegkunde.net) (m.n. 9 Seksualiteit/voortplantingspatroon)
 - In de ouderenzorg en thuiszorg: het OMAHA-classificatie systeem (Het Omaha classificatiesysteem - Omaha System Support)
 - In huisartsenpraktijk wordt geen diagnostisch instrument ingezet maar kan er wel worden gewerkt via het in elke huisartsenpraktijk beschikbare protocol om veranderde seksueel gezondheid te signaleren door het als vast onderwerp toe te voegen aan de vragenlijst. Hierbij wordt aanbevolen om open vragen te stellen.
4. Het is te overwegen om seksuele gezondheid toe te voegen als gespreksonderwerp in een intake(formulier) waarin door verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners standaard geïnformeerd wordt naar lichamelijke gezondheid en geestelijke gezondheid bij mensen met kanker, chronisch ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen.

Overwegingen

De praktijkoverwegingen komen voort uit de expertise van de werkgroep. De leden van de werkgroep zijn onderverdeeld in topicgroepen die zowel praktijkkennis als aanvullend onderzoek hebben aangedragen. De praktijkoverwegingen hieronder zijn vormgegeven via de indeling in 7 aspecten, elk van deze aspecten zijn door de werkgroep geformuleerd. Deze worden hieronder na elkaar besproken.

Kwaliteit van bewijs

Ondanks dat instrumenten op validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht, zijn er geen studies naar diagnostisch accuratesse gevonden. De wetenschappelijke literatuur geeft dus geen duidelijk beeld van welke signaleringsinstrumenten het best kunnen worden gehanteerd omdat het afhangt van doelgroep en aandachtsgebied (bijv gerichtheid op de relatie/communicatie, op seksueel functioneren en opwinding, op seksueel zelfbeeld of ziektespecifieke aspecten van seksuele gezondheid).

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

De balans tussen gewenste en ongewenste effecten is gebaseerd op het gedrag, ervaring, kennis en kunde van de zorgprofessional. Wanneer er gestart wordt met aandacht voor en signalering van veranderende seksuele gezondheid komen hier zelden negatieve reacties op. Sensitiviteit ten aanzien van wie je voor je hebt als zorgprofessional is hierbij wel erg belangrijk. Het gewenste effect van signaleren is ook groter wanneer dit gestructureerd plaatsvindt en er dus gericht tijd voor beschikbaar is en gericht aandacht aan besteed kan worden. Het ongewenste effect kan ontstaan als de patiënt zich niet prettig/veilig voelt om seksualiteit ter sprake te brengen met een zorgprofessional. Andersom kan een zorgprofessional zich ook niet veilig of prettig voelen bij het signaleren en ter sprake brengen van seksueel gedrag bij patiënten.. Daarnaast kan de eigen beleving van seksualiteit een rol spelen in het professioneel handelen. Dit kan een beperking opleggen aan het signaleren of aan het bespreekbaar maken.

De werkgroep stelt dat hoewel er (vragen)lijsten beschikbaar zijn om als verpleegkundige/verzorgende mee te signaleren, deze ook als belemmerend ervaren kunnen worden omdat dit een gewoon gesprek over seksualiteit in de weg kan staan.

Aandacht voor veranderde seksuele gezondheid wordt gezien als onderdeel van goede zorg en kan ook gezondheidswinst opleveren. Dit werd bijvoorbeeld in het manifest beschreven dat door koepelorganisaties in 2016 aan de Tweede Kamer werd aangeboden (Rutgers e.a., 2016). Hierin stond dat intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Uit onderzoek blijkt dat in het algemeen de seksuele waarde, evenals de eigenwaarde, een belangrijk aspect in het leven van de mens is (Roelofs e.a., 2015) en wanneer de mens op dit gebied aandacht krijgt, ook vanuit de zorg, dan ervaart die daardoor meer geluk en wordt de kans op depressieve gevoelens verkleind (Mahieu e.a., 2014). Echter is gezondheidswinst door signaleren van veranderde seksuele gezondheid nog niet dusdanig onderzocht of helder in kaart gebracht. De werkgroep draagt aan dat een positief effect op de gezondheid kan worden gezien in de trant van levensvreugde en je gehoord voelen als patiënt wanneer de zorgprofessional aandacht heeft voor veranderde seksuele gezondheid.

Patiënten perspectief

Patiënten willen vaak weten op wat voor manieren hun ziekte effect heeft op hun seksuele gezondheid. Uit een studie onder 73 vrouwen met gynaecologische kanker wilden 60% meer informatie en 50% gaf aan niets of nauwelijks informatie te hebben gekregen, 60% gaf de voorkeur aan een individueel, persoonlijk gesprek met een zorgprofessional, 23,3% wil informatie na de diagnose, 39,5% na afronden van de behandeling (Bourgeois-Law F, Lotocki, 1999). Naar

aanleiding van dit onderzoek concludeerden de onderzoekers dat er op verschillende punten tijdens een behandeling gesproken dient te worden over seksualiteit.

Uit een onderzoek uit 2017 met kankerpatiënten (Hummel e.a., 2017) blijkt dat direct na de behandeling een goed moment is om seksualiteit te bespreken. De ondervraagden geven aan dat dit een goed moment is omdat er vaak behoefte is aan intimiteit maar ook de effecten van de behandeling(en) zichtbaar zijn. Er kan sprake zijn van een vermoeid lichaam, bijwerkingen van de behandeling, veranderend zelfbeeld of veranderde verhouding in de relatie.

Uit een ander onderzoek uit 2017 onder 2.657 mensen met kanker en 230 partners, uitgevoerd door de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten organisaties (NFK), blijkt dat 41% van de ondervraagden wel eens naar informatie over seksualiteit heeft gezocht (Albers e.a., 2020, 2021). Mannen deden dit vaker dan vrouwen (respectievelijk 44% en 39%). Van de partners geeft 31% aan wel eens naar informatie over dit onderwerp te hebben gezocht. Internet is met afstand (64%) de belangrijkste informatie bron voor vragen over intimiteit en seksualiteit. De patiëntenvereniging komt op de tweede plaats (19%) en een folder of brochure op de derde plaats (17%). Van de patiënten die hebben gezocht naar informatie geeft 56% aan deze ook gevonden te hebben. Het betreft dan vooral een algemene bevestiging en herkenning van de situatie. Volgens 67% van de ondervraagden is seksualiteit en intimiteit slechter geworden na de diagnose kanker. 69% zegt dat het lichaam veranderd is, 53% zegt dat de emoties en gevoelens veranderd zijn en 21% denkt anders over zichzelf^[3].

Een voorbeeld van een hulpmiddel voor patiënten is de website www.sickandsex.nl. Op deze website vinden mensen met verschillende ziektebeelden informatie over de relatie van ziekte tot seksualiteit, intimiteit en relaties. Daarnaast hebben veel patiëntenorganisaties informatie over veranderende seksuele gezondheid, waarnaar zorgprofessionals kunnen verwijzen.

Een patiënt met kanker kan ervoor kiezen om 'de Lastmeter' in te vullen. Dit is een online vragenlijst waar seksualiteit ook aandacht krijgt^[4]. Deze kan thuis worden ingevuld en daarna met de desbetreffende zorgverlener besproken worden.

Professioneel perspectief

Het is belangrijk om als zorgprofessional te weten wie je voor je hebt. Hoe identificeert iemand zich? Is die persoon religieus en speelt dit een rol? Tot wie voelt deze persoon zich aangetrokken? Etc. Dit kan allemaal van invloed zijn op de signalen die de patiënt afgeeft rondom seksuele gezondheid. Het is belangrijk hier als zorgprofessional zicht op te hebben. Naast deze elementen van iemands identiteit, zijn er ook andere elementen die niet direct in verband staan met veranderende seksuele gezondheid, maar wel van invloed kunnen zijn op. Denk hierbij aan een patiënt met verblijfskatheter, amputatie van ledematen, status na CVA, verminderde energie van de cliënt, toename van stijfheid, post IC syndroom, lang verblijf op IC. Dit kan allemaal invloed hebben op iemands seksuele gezondheid.

In een recente peiling van V&VN onder haar leden is gevraagd aan welke signalen men merkt dat er sprake is van veranderende seksuele gezondheid bij de patiënt. Dit verschilt per setting. In de wijkverpleging zijn ongeremd gedrag/delirium/manie (32%), (non-)verbale uitingen/opmerkingen (17%) en de patiënt die vertelt over verandering (13%) de belangrijkste signalen. In verpleeg- en verzorgingshuizen is het ongeremd gedrag/delirium/manie (39%), (non-)verbale uitingen/opmerkingen (13%) en handtastelijkheden. In ziekenhuizen gaat het over ongeremd gedrag/delirium/manie (30%), patiënt vertelt over verandering (19%) en medicijnen/behandeling (17%) (V&VN, Rutgers, Trimbos-instituut, 2019).

Het kunnen signaleren van veranderde seksuele gezondheid omvat dat het gesprek daarover op initiatief van de verpleegkundige/verzorgende wordt aangegaan (Hardin, 2007; Steinke, 2013). Het is hierbij wenselijk dat seksualiteit een onderdeel is van een integrale/holistische benadering van

[3] <https://nfk.nl/resultaten/wat-is-er-nodig-om-het-onderwerp-seksualiteit-besprekbaar-te-maken>

[4] <https://www.kanker.nl/hulp-en-ondersteuning/lastmeter>

de patiënt/cliënt/ bewoner en een standaard plek krijgt binnen de zorg, ook in de zorg voor mensen op oudere leeftijd (Fletcher e.a., 2009). Naast goede communicatiestijlen aanleren, dienen zorgprofessionals meer kennis te vergaren over seksuele gezondheid (Krebs, 2007).

Op de websites van De Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK), Zorg voor beter en websites van Rutgers worden laagdrempelige tips aan zorgverleners gegeven om het onderwerp aan te kaarten tijdens een gesprek met de patiënt[5].

De verpleegkundige diagnostiek van de North American Nursing Association (NANDA, 1973) en de Nursing Intervention Classification (NIC) geven beide handvatten in het ordenen en classificeren van de verpleegkundige diagnoses en daarbij horende verpleegkundige interventies. Deze verpleegkundige diagnoses en interventies worden in de initiële verpleegkundige opleiding op MBO en HBO niveau aangeleerd, veelal via een handzaam boekje, waarin beiden zijn samengebracht per diagnose. Dit 'Zakboek voor verpleegkundige diagnoses' (Carpenito, 2019) is een bruikbare handleiding die voornamelijk wordt ingezet in de ziekenhuiszorg, seksueel functioneren wordt hierin benoemd. Het is een handzame samenvatting van wat er in NANDA, NIC en NOC wordt toegelicht (bijlage 6). Met behulp van de NANDA-International-taxonomie worden verpleegkundige diagnoses gesteld. Door middel van 13 domeinen wordt op een gestructureerde manier een verpleegkundige diagnose gesteld. Met behulp van de NOC worden vervolgens de gewenste zorgresultaten beschreven. Tenslotte zijn met behulp van de NIC de bijbehorende interventies uitgewerkt.

In de verpleeghuiszorg en thuiszorg wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het Omaha systeem[6], bestaande uit verschillende zorgdomeinen. Dit systeem is een classificatie die verpleegkundige/verzorgende helpt bij het identificeren en vastleggen van aandachtsgebieden, acties en uitkomsten van en voor cliënten.

In de Nederlandse ziekenhuizen is het model van Gordon met de 11 gezondheidspatronen algemeen geaccepteerd en opgenomen in het EPD en biedt structuur aan de anamnese. Binnen deze 11 gezondheidspatronen zijn alle aspecten van het menselijk functioneren opgenomen en kan worden bepaald bij opname of hierin tekorten zijn[7].

Tot slot wordt het ICF-model⁸ (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2018) als bruikbaar classificatie instrument aanbevolen. Dit is een veelgebruikt model dat het functioneren van patiënten in hun sociale context in kaart kan brengen. Iemand's gezondheidstoestand is met behulp van het ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen en activiteiten en participatie. Van dit model is ook een Nederlandse versie beschikbaar.

Middelenbeslag

De specifieke en algemene scholing omtrent het signaleren van seksueel gedrag en veranderingen hierin is van groot belang. Iedere zorgprofessional (ook die niet tot de doelgroep van deze richtlijn behoren) zou moeten kunnen signaleren en op grond daarvan bespreekbaar maken of doorverwijzen. Scholing is nodig om op de juiste manier te kunnen signaleren en interventies toe te passen. Scholing kan georganiseerd worden in de initiële scholing van zorgprofessionals en aanvullend daarop specifieke training in het verlagen van de drempel om te signaleren en te bespreken met de patiënten in alle zorgsectoren. Dit kan via verschillende kanalen georganiseerd worden, bijvoorbeeld via de beroepsorganisatie V&VN, Rutgers, zorgvoorbeter.nl, Vilans, seksindepraktijk.nl (thuisarts.nl voor publiek).

Het PLISSIT-model kan kostenbesparend zijn, omdat vroegtijdig signaleren kan voorkomen dat mensen naar duurdere zorg moeten worden verwezen. Dit model kan gebruikt worden in de

[5] <https://nfk.nl/kanker-en-seks/zorgverleners> en www.zorgvoorbeter.nl, www.seksindepraktijk.nl

[6] <https://www.omahasystem.nl/omaha-classificatiesysteem.html>

[7] <https://www.verpleegkunde.net/GORDON/gordonverder.htm>

[8] Link model Nederlandse versie: [Browser \(whofic.nl\)](#)

reguliere/basiszorg door elke beroepsbeoefenaar. In de scholingen dient hier dan ook aandacht aan te worden besteed.

Organisatie van zorg

Het signaleren van veranderende seksuele gezondheid moet niet pas plaats vinden als er al problemen zijn ontstaan, maar zo vroeg mogelijk in een eventueel behandeltraject. De zorgprofessional zou zich bewust moeten zijn van mogelijke veranderingen bij verschillende ziekten (chronisch of oncologisch). Hiermee wordt ook voorkomen dat teveel mensen intensieve en dure zorg nodig hebben. Een geschikte plek om veranderende seksuele gezondheid te bespreken is in een multidisciplinair overleg. Organisaties wordt aangeraden dit thema een vast terugkerend onderdeel te maken.

Een patiënt hoeft niet altijd naar een seksuoloog te worden doorverwezen. Een organisatie moet er wel voor zorgen dat er over het algemeen genoeg kennis in huis is bij medewerkers, of dat er een aantal medewerkers zijn met specifieke kennis, denk hierbij bijvoorbeeld aan aandachtsfunctionarissen. Ook moet een organisatie patiënten door kunnen verwijzen naar specialisten op het gebied van seksuele gezondheid. De sociale kaart van NVVS⁹ helpt hier bijvoorbeeld bij. De kostenstructuur van de organisatie is van belang voor het effectief omgaan met de beschikbare middelen.

Maatschappelijk perspectief

Seksualiteit is een onderwerp dat veel aandacht krijgt, maar behoort vaak toe aan de jonge en gezonde mensen. Daarnaast rust er in de maatschappij ook nog een taboe op, zeker als het gaat om seksualiteit en mensen die niet tot de norm behoren. Zoals al eerder benoemd is het ook van belang te weten wie je voor je hebt: iedere patiënt is namelijk uniek. Er bestaan vooroordelen over minderheidsgroepen in de samenleving, deze zijn ook gelinkt aan gezondheid. Als zorgprofessional is het belangrijk je hiervan bewust te zijn.

Deze vooroordelen kunnen een druk leggen op de patiënt om over seksualiteit te beginnen bij een zorgprofessional, omdat er angst bestaat afgewezen te worden. Aan de andere kant kan de zorgprofessional door zijn eigen overtuiging meer moeite hebben te beginnen over de seksualiteit bij andere geaardheid. De website van COC Nederland biedt veel informatie over seksuele diversiteit (Toolkit 50+ en LHBTIQ+-personen en ouderen), Transvisie en TNN zijn organisaties die zich bezighouden met transgenderzorg. Daarnaast houdt de Alliantie Gezondheidszorg op Maat (Rutgers, COC Nederland, Women Inc) zich bezig met gezondheidszorg op maat voor LHBTIQ+-personen. Ook zijn er veel organisaties die zich inzetten voor specifieke religieuze doelgroepen en gezondheidszorg.

Toelichting beslisproces

Deze overwegingen komen voort uit aanvullende wetenschappelijke literatuur en praktijkkennis die is aangedragen door de werkgroep. Hier is specifieker op in gegaan door de topicgroep die uit een deel van de werkgroepleden bestaat. Zij concluderen dat signaleren kan worden gezien als de eerste stap richting de patiënt in aandacht voor veranderende seksuele gezondheid. In verschillende zorgdomeinen worden hierom ook verschillende methodes aanbevolen die passen bij het werkterrein. Dit is belangrijk omdat het allereerst aansluit bij de al bestaande processen in het werkveld, ten tweede omdat het de zorgprofessionals concrete handvatten geeft om te signaleren. Zowel de wetenschappelijke search als de werkgroep geven vergelijkbare aanbevelingen.

Het gebruik van vragenlijsten is een veel besproken topic binnen de werkgroep. Concluderend kunnen deze bruikbaar zijn maar ook als belemmering worden gezien. Daarnaast is er soms specialistische kennis nodig om een vragenlijst in te zetten. Daarom zijn de seksuologische vragenlijsten 'Female sexual function inventory' en 'Female Sexual Distress Scale - Revised' (bij

⁹ Link sociale kaart NVVS: [Zoek een NVVS Professional](#)

vrouwen) en de 'International index of erectile function' (bij mannen) enkel voor verpleegkundig specialisten als relevant benoemd, en wordt dit niet als kernaanbeveling benoemd. Tot slot is het belangrijk te benoemen dat er relatief veel onderzoek wordt aangehaald dat gaat over patiënten met kanker. Dit komt omdat hierin het meeste onderzoek gedaan is rondom veranderende seksuele gezondheid. De werkgroep heeft gekeken welke onderzoeken en resultaten relevant zijn voor andere doelgroepen en dit zo benoemd.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

Conclusies literatuursearch

In de literatuursearch naar het signaleren van veranderende seksuele gezondheid zijn twee systematische reviews gevonden (Dow e.a., 2015; Taylor e.a., 2011). In een systematische review (Dow e.a., 2015) van lage kwaliteit (zie bijlage 7) over het gebruik van instrumenten voor het uitvragen van veranderende seksuele gezondheid bij vrouwen met borstkanker en interventies voor seksueel (dis)functioneren bij deze groep, wordt een aantal modellen voorgesteld die behulpzaam zijn om veranderende seksuele gezondheid te onderzoeken, zoals het PLISSIT model en de 5 A's benadering.

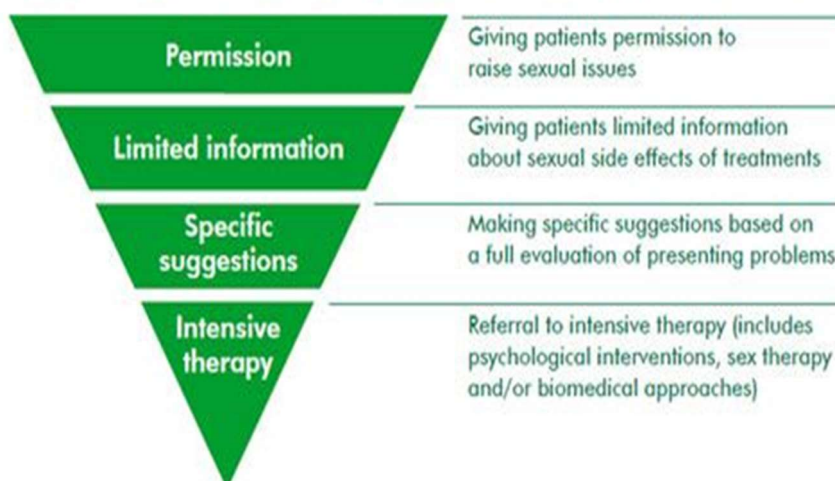
PLISSIT-model

Het PLISSIT-model borgt structurele en proactieve multidisciplinaire aandacht voor seksualiteitsvraagstukken. Seksuologische voorlichting en seksuologische behandeling kunnen multidisciplinair ingezet worden. Het PLISSIT-model kan hierbij als leidraad dienen. PLISSIT vormt het acroniem van Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapy. Het is een stepped care model waarbij de interventies worden onderscheiden van eenvoudig (die door alle disciplines kunnen worden uitgevoerd) naar complex (die voorbehouden zijn aan medisch specialist en seksuoloog NVVS) en het verenigt zowel preventieve als curatieve elementen in zich. Het PLISSIT-model is inmiddels ruim 40 jaar oud en heeft zijn robuustheid als waardevol gespreksmodel internationaal bij uiteenlopende doelgroepen bewezen.

Visueel kan het PLISSIT-model het beste in een trechtersvorm worden gepresenteerd waardoor duidelijk wordt dat:

- de eerste stap (Permission) door alle disciplines kan worden uitgevoerd (men laat merken het vanzelfsprekend te vinden dat patiënten vragen of zorgen over seksualiteit hebben);
- de tweede stap (Limited Information) door disciplines die weet hebben van het ziektebeeld en die, zonder de persoon te hoeven kennen, informatie kunnen geven (denk aan zorgverleners die bekend zijn met de gevolgen van verschillende ziektebeelden op seksuele gezondheid (zoals verpleegkundigen/ verzorgenden, al dan niet gespecialiseerd)
- de derde stap (Specific Suggestions) door die disciplines die, op basis van biopsychosociale analyse van de bijzondere omstandigheden van de betreffende patiënt, een gericht advies kunnen geven (bijv. fysiotherapeut, ergotherapeut, aandachtsfunctionaris, arts);
- de vierde stap (Intensive Therapy) door specialisten kan worden uitgevoerd (denk aan seksuoloog NVVS, psycholoog, MW, medisch specialist).

PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



5 A's benadering

- Ask: vraag naar de uitgangssituatie
- Advise: adviseer iemand
- Access: inventariseer de haalbaarheid van het advies
- Assist: assisteer de patiënt
- Arrange: plan een volgende afspraak.

Echter, dit zijn geen instrumenten voor het signaleren, screenen of de diagnostiek. Uitzondering hierop zijn de Female sexual function inventory (FSFI) en de Brief Sexual Symptom Checklist (BSSC). De BSSC bestaat uit 4 vragen (tevredenheid seksueel functioneren, problemen bij seksueel functioneren, duur ervan, in hoeverre men hulp wil), er is zowel een versie gericht op mannen als op vrouwen. De FSFI richt zich alleen op vrouwen en bestaat uit vijf domeinen (pijn en ongemak, tevredenheid, orgasme, vaginaal vocht en verlangen en subjectief opwindings). Deze vragenlijsten zijn in eerste instantie ontwikkeld ter ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek, niet voor de dagelijkse praktijk. Ze zijn wel bruikbaar als verdiepings- en diagnose-instrument. Het zijn hulpmiddelen om de juiste behandeling te selecteren, voornamelijk voor verpleegkundig specialisten, minder voor POH of verpleegkundigen in bijvoorbeeld huisartsenpraktijk. FSFI wordt daarom alleen aanbevolen als gericht diagnostisch hulpmiddel voor het bepalen van een vervolgtraject voor patiënt. In het algemeen is voor verpleegkundigen de Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) aan te bevelen die bestaat uit een overzicht van 13 vragen.

De studie van Taylor e.a. (2011) betreft een matig uitgevoerde systematische review (zie bijlage 7) over 21 studies over het gebruik van instrumenten voor het uitvragen van seksueel functioneren bij vrouwen met borstkanker en interventies voor seksueel disfunctioneren bij deze groep. Deze studie geeft een overzicht van beschikbare screeningsinstrumenten voor de doelgroep, met per instrument de beschikbare psychometrische gegevens. Als gevalideerde instrumenten (gericht op seksueel functioneren bij vrouwen) benoemen zij: de Female sexual function inventory en de Brief index of sexual functioning met 22 items over drie domeinen (seksuele interesse / verlangen, seksuele activiteit, en seksuele bevrediging). Ondanks dat instrumenten op validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht, zijn er geen studies naar diagnostisch accuratesse gevonden.

Samenvatting van de kennis

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat de Brief Sexual Symptom Checklist (BSSC) bruikbaar is als kort screeningsinstrument om seksuele problemen te identificeren bij (risico) patiënten (Otero e.a., 2004).

Er zijn aanwijzingen dat de Brief index of sexual functioning, de Female sexual function inventory en de Female Sexual Distress Scale - Revised bruikbaar zijn als screeningsinstrument om seksuele problemen te identificeren bij vrouwen.



Uitgangsvraag 2

2A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?

2B: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?

2C: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?

Februari 2022

Inleiding

Uitgangsvraag 2 bestaat uit drie aparte (sub)uitgangsvragen, te weten:

- **Uitgangsvraag 2A:** Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?
- **Uitgangsvraag 2B:** Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?
- **Uitgangsvraag 2C:** Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?

In dit hoofdstuk worden soms per alinea 1 van de 3 vragen behandeld, hierbij wordt specifiek aangegeven dat het gaat om Uitgangsvraag 2A, 2B of 2C. Indien dit niet specifiek vermeld wordt, betreft de informatie voor alle drie de sub uitgangsvragen.

Aanbevelingen

OVERWEEG

Uitgangsvraag 2A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?

5. Het is de taak van een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderende seksuele gezondheid te bespreken. Overweeg hierbij gebruik te maken van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt verleend aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie pag. 23). Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (zie [NHG-Standaard Seksuele klachten](#)) (kernaanbeveling):
 - Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
 - Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
 - Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
 - Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?
6. Wanneer een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende of praktijkondersteuner veranderde seksuele gezondheid bespreekt met een patiënt kan – waar mogelijk en gewenst – de partner van de patiënt worden betrokken in het gesprek.
7. Het gesprek over veranderde seksuele gezondheid kan tijdens de diagnose fase worden gehouden en daarna periodiek herhaald worden tot het einde van de behandeling. Deze herhaling is volgens de werkgroep een voorwaarde voor de effectiviteit van de interventie.

Uitgangsvraag 2B: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen

8. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende en praktijkondersteuner om bij patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen veranderende seksuele gezondheid te bespreken. Dit kan tijdens de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)) (kernaanbeveling).

Uitgangsvraag 2C: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met veranderende seksuele gezondheid?

9. Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderde seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)) (kernaanbeveling).

10. Wanneer er psycho-educatie wordt ingezet rondom veranderde seksuele gezondheid dan kan overwogen worden dat dit bestaat uit de volgende elementen: informatie voorziening, sociale hulp en behandel mogelijkheden.

Overwegingen

De praktijkoverwegingen komen voort uit de expertise van de werkgroep. De leden van de werkgroep zijn onderverdeeld in topicgroepen die zowel praktijkkennis als aanvullend onderzoek hebben aangedragen. Voor uitgangsvraag 4 zijn aanvullend nog interviews gehouden met experts op het gebied van patiënten met traumatische ervaringen. Oorspronkelijk werden hiervoor focusgroepen georganiseerd, maar mede door de pandemie was dit niet mogelijk en is ervoor gekozen om gericht interviews te houden met experts die zich hebben gespecialiseerd in problematiek rondom seksueel geweld. Hen is gevraagd wat zij in hun dagelijkse praktijk zien rondom veranderende seksuele gezondheid en (vermoedens van) traumatische ervaringen, wat voor relevant onderzoek er bij hen bekend is en met welke interventies zij werken in de praktijk waar het gaat om het bespreken van veranderende seksuele gezondheid en/of traumatische ervaringen. Er is voor gekozen om dit bij uitgangsvraag 4 te doen omdat de werkgroep aangaf niet alle expertise in huis te hebben rondom deze specifieke doelgroep.

De praktijkoverwegingen hieronder zijn vormgegeven via de indeling in 7 aspecten, elk van deze aspecten zijn door de werkgroep geformuleerd. Deze worden hieronder na elkaar besproken.

Kwaliteit van bewijs

Uitgangsvraag 2A: Voor de uitgangsvraag *Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?* beperkt de wetenschappelijke onderbouwing zich tot enkele formuleringen uit de NHG-richtlijn voor huisartsen welke behulpzaam kunnen zijn in het bespreken van veranderd seksueel functioneren bij diverse aandoeningen. De NHG-richtlijn heeft betrekking op het bespreekbaar maken van seksualiteit door huisartsen, maar de werkgroep gaat ervan uit dat de aanbevelingen in de NHG richtlijn ook van toepassing zijn op verpleegkundigen/verzorgenden.

Uitgangsvraag 2C: Voor de uitgangsvraag *Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met veranderende seksuele gezondheid?* beperkt de wetenschappelijke onderbouwing zich tot interventies voor mensen met kanker. Het vertrouwen in dit bewijs is over het algemeen vrij laag. Voor interventies voor ouderen of voor chronisch zieken is geen wetenschappelijk bewijs gevonden. De kwaliteit van bewijs voor het toepassen van psycho-educatie voor het verbeteren van seksuele gezondheid bij mannen met een prostatectomie en erectieproblemen is het meest overtuigend. De Canadese (Barbera et al., 2017) en Amerikaanse richtlijn (Carter et al., 2018) zijn van voldoende kwaliteit, deze aanbevelingen zijn dus ook relevant voor de onderhavige richtlijn.

Er is geen wetenschappelijke evidentie voor de wijze waarop de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit kan bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen (uitgangsvraag 4). Het bespreken van traumatische ervaringen is in twee narratieve reviews aan de orde gekomen (Grandjean & Moran, 2007; Junkin & Beitz, 2005). De resultaten van deze 'grijze literatuur' komen aan de orde bij professioneel perspectief.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Uit de literatuur komt geen informatie over gewenste of ongewenste effecten rondom het bespreken van veranderende seksuele gezondheid. De werkgroep is van mening dat de levensfase waarin de patiënt verkeert, maar ook diens cultuur, religie, waarden en normen, van invloed kan zijn op het initiëren van een gesprek en het bespreken van veranderende seksuele gezondheid. Vooral ouderen praten soms minder makkelijk over seksualiteit, maar ook pubers en jongvolwassenen kunnen terughoudendheid en/of schaamte ervaren rondom dit thema. Daarnaast kan ook de vrees voor vooroordelen van de zorgprofessional meespelen. De zorgprofessional dient zich hiervan bewust te zijn.

In het algemeen lijkt met name tijdig starten met psycho-educatie met instemming van de patiënt (en diens partner) een positief effect te hebben op de seksuele gezondheid en geen nadelen te hebben. De evidentie hiervoor is alleen duidelijk onderzocht bij mensen die kanker (hebben gehad) en dan met name voor mannen met prostaatkanker en bij vrouwen met borstkanker of gynaecologische kanker. Voor ouderen, mensen met andere chronische ziekten of een lichamelijke beperking waren er geen systematisch reviews geïncludeerd.

Patiënten perspectief

De werkgroep benadrukt dat de openingsvraag cruciaal is voor het verloop van het gesprek over veranderende seksuele gezondheid. Als deze sensitief en duidelijk wordt gesteld, wordt er zelden negatief gereageerd op de zorgprofessional. Dit vergt oefening. Het is een vaardigheid die de zorgprofessional moet aanleren. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor het wegnemen van eventuele terughoudendheid van jezelf als zorgprofessional. Een goed voorbeeld hiervan is de '3 goede vragen methode' []:

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
3. En wat betekent dat in mijn situatie?

De werkgroep geeft aan dat deze manier van spreken al in veel zorgdomeinen wordt ingezet (o.a. ziekenhuis, huisartsenpraktijk). De professional kan deze '3 goede vragen' aan de patiënt voorleggen om zo het gesprek over veranderende seksuele gezondheid te openen. Bijvoorbeeld in relatie tot een eventuele behandeling. Daarnaast kan de professional verwijzen naar patiëntenorganisaties voor informatie over veranderende seksuele gezondheid.

Professioneel perspectief

In een recente peiling van V&VN onder haar leden is gevraagd naar de voornaamste redenen om seksualiteit niet met de patiënt te bespreken. De belangrijkste redenen zijn ongemak/schaamte bij verpleegkundigen (11%), dat het niet speelt/er geen aanleiding voor is (11%), dat de patiënt er niet over wil/kan praten (11%) en dat verpleegkundigen dit moeilijk vinden (10%). Als belangrijkste manieren om het onderwerp bespreekbaar te maken worden genoemd: door het met collega's te bespreken (32%), door het gesprek met de patiënt aan te gaan/vragen te stellen (28%) (Rutgers, Trimbos, V&VN, 2019).

De zorgprofessional moet ervan uitgaan dat die het initiatief moet nemen bij het bespreken van veranderende seksuele gezondheid, omdat de patiënt dat vaak lastig vindt (Hardin, 2007; Steinke, 2013). De zorgprofessional doet er goed aan om kennis te vergaren over hoe bijvoorbeeld iemands geloofsovertuiging, seksuele oriëntatie, culturele achtergrond etc, invloed kan hebben op iemands visie op seksualiteit. Het bespreken van seksuele gezondheid kan plaatsvinden op initiatief van de zorgprofessional, het signaal moet daarmee worden afgegeven dat het een bespreekbaar onderwerp is (Krebs, 2008).

Een gesprek zonder een specifiek (gespreks)model moet ook mogelijk zijn. In de grijze literatuur wordt een aantal suggesties gedaan om het bespreken van seksuele gezondheid te verbeteren (zie o.a. Shell e.a., 2007, Galbraith, 2008, Kotronoulas, 2009, Gianotten e.a., 2018, Bauer e.a., 2015, 2019). Hieronder staan de belangrijkste benoemd:

De zorgprofessional:

- dient de eigen houding ten aanzien van seksualiteit en seksuele oriëntaties te onderzoeken: hoe open staat men hierin, wat zijn de eigen normen en waarden rondom seksualiteit, hoe kijkt men naar seksualiteit bij ouderen en bij chronisch zieken, hoe kijkt men naar sekse-, gender- en seksuele diversiteit?
- moet een open en niet-veroordelende houding hebben ten aanzien van seksualiteit.
- dient respectvol en duidelijk zijn, zonder gebruik van jargon.

- moet kennis hebben over veranderende seksuele gezondheid (waaronder de invloed van behandelingen en medicatie).
- moet beschikken over goede communicatieve vaardigheden om het onderwerp zoveel mogelijk te normaliseren.
- houdt rekening met culturele verschillen bij bespreken van veranderende seksuele gezondheid.
- maakt gebruik van uitnodigende signalen van de patiënt.
- maakt gebruik van momenten waarin het thema ter sprake komt en benut dit moment van contact om het mogelijk veranderd seksueel functioneren te bespreken.
- weet welke collega's je kunt vragen om hulp rondom vragen over veranderd seksueel functioneren van cliënten en kent de sociale kaart.
- weet dat de professionele grens ligt bij het niet overnemen van seksuele Handelingen bij de cliënt.

In de literatuur worden aanbevelingen gedaan voor verpleegkundige interventies bij veranderde seksuele gezondheid bij *diverse chronisch aandoeningen of fysieke beperkingen*:

- Patiënten informeren over het gebruik van medicatie, implantaten, vacuümpomp en electro-ejaculatie (bij erectie- en ejaculatieproblemen), over in vitro fertilisatie en kunstmatige inseminatie (bij onvruchtbaarheid), over mogelijkheden voor begeleidingsgesprekken en therapie (bij psychologische problemen) (Ricciardi e.a., 2007);
- Bij kathetergebruik: patiënten informeren en voorlichten over de gevolgen van het gebruik van urethrale- of suprapubische katheters voor intimiteit en seksualiteit en hoe daarmee om te gaan (Bostock & Kralik, 2008);
- Tijdens palliatieve fase: mannelijke patiënten informeren over medicatie, vacuümpomp en electro-ejaculatie; vrouwelijke cliënten over oefeningen, vaginale dilators, glijmiddelen, verdovende gels en vibrators. Ook kunnen aanbevelingen worden gedaan over experimenteren met verschillende seksuele posities, seksuele hulpmiddelen zoals vibrators, ontspanningstechnieken of gebruik van fantasie, en timing van seksuele activiteit (Stausmire, 2004);
- Bij cardiovasculaire problemen, COPD en kanker zijn diverse begeleidingsstrategieën mogelijk. De seksuele begeleiding kan worden aangepast aan de patiënt en de specifieke aandoening, op basis van inspanningscapaciteit, eventuele risico's van seksuele activiteit en specifieke zorgen van de cliënt en de partner (Steinke, 2013);

In twee studies uit de grijze literatuur (Grandjean & Moran, 2007; Junkin & Beitz, 2005) worden suggesties gedaan om traumatische seksuele ervaringen met patiënten te bespreken:

- Onderdeel van de assessment van veranderd seksuele gezondheid bij vrouwen met diabetes is om na te gaan of de patiënt ervaringen heeft met (seksueel) misbruik door de partner of door anderen (Grandjean & Moran, 2007);
- Bij een patiënt die te maken heeft (gehad) met seksueel misbruik, kan een inwendig onderzoek of colonoscopie of een eenvoudige procedure, zoals een klysma of intubatie van de stoma, sterke reacties veroorzaken die te maken kunnen hebben met traumatische ervaringen. Personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik kunnen ook bang zijn voor situaties zoals een ziekenhuisopname, die gevoelens van hulpeloosheid of kwetsbaarheid kunnen oproepen. Het is belangrijk om patiënten hierbij te ondersteunen (Junkin & Beitz, 2005). Ook bij andere vormen van verzorging kun je als professional merken dat het lichaam van de patiënt gespannen reageert. Dit kan een signaal zijn van traumatische ervaringen.

Wanneer je in gesprek gaat met patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen, is het belangrijk om het onderwerp niet zwaar te maken en het spreken over de gevolgen van een trauma te normaliseren. Dit verlaagt de drempel voor de patiënt om hier open over te spreken. Het is belangrijk om open vragen te stellen. Bij vermoedens van traumatische ervaringen kun je ervoor kiezen om te vragen naar levensgebeurtenissen van de patiënt. Je kunt er een heel aantal

opnoemen en steeds vragen of dit bij deze persoon weleens gebeurd is (negatieve en positieve voorbeelden). Als zorgprofessional is het belangrijk te onthouden dat je een verantwoordelijkheid hebt naar de patiënt: als je er niet naar vraagt, dan is het er ook niet, dus het is belangrijk om deze stap te zetten als professional. Als je dit lastig vindt wordt aangeraden te oefenen met collega's of simpelweg voor de spiegel.

Concluderend kan gezegd worden dat het van belang is dat de zorgprofessional actief luistert, vragen stelt, aansluit bij de behoeften van de patiënt en diens achtergrond en tijdig doorverwijst indien nodig. Het probleem moet verhelderd worden en het is van belang dat er achterhaald wordt of er hulp gewenst is. De zorgprofessional moet zich ervan bewust zijn dat er sprake kan zijn van traumatische ervaringen en weten hoe dit besproken kan worden en eventueel doorverwezen.

Middelenbeslag

Scholing kan georganiseerd worden in de initiële scholing van zorgprofessionals en aanvullend daarop specifieke training in het verlagen van de drempel om te bespreken met de patiënt in alle zorgsectoren. Dit kan via verschillende kanalen georganiseerd worden, zoals Thuisarts.nl (voor informatie en psycho-educatie), de beroepsorganisatie V&VN, Rutgers, zorgverbeter.nl, Vilans, seksindepraktijk.nl. Daarnaast kunnen teambesprekingen over veranderende seksuele gezondheid zorgprofessionals helpen om hier in hun weg te vinden. Dit maakt het bespreken makkelijker en zou dus ook gefaciliteerd mogen worden door de organisatie. Dit is een tijdsinvestering die de organisatie zou moeten maken. Het is belangrijk dit te verankeren in beleid en concrete werkprocessen. Daarnaast is het aan te raden dat de zorgprofessional zelf manieren vindt om veranderde seksuele gezondheid als vast onderdeel van diens werk te maken. De zorgprofessional dient vanuit een vertrouwensband met de patiënt te werk te gaan.

Organisatie van zorg

Uit een systematische review van Bauer e.a. (2019) blijkt dat er tal van organisatorische barrières zijn voor het bespreken van seksualiteit van ouderen in zorginstellingen, zoals gebrek aan training, gebrek aan kennis, beperkte communicatievaardigheden en tijdgebrek bij professionals. Een positieve cultuur en attitude van zorgprofessionals en een veilige omgeving met voldoende privacy zijn nodig om de bespreekbaarheid en openheid rondom seksualiteit te vergroten. Ook zorgorganisaties dragen een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van leven van patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd; aandacht voor veranderende seksuele gezondheid is daar een onlosmakelijk onderdeel van. De werkgroep merkt op dat steeds meer thuiszorg- en ouderenzorgorganisaties hierin een actieve rol aannemen en het onderwerp een vanzelfsprekender thema op de agenda van de organisatie is geworden. Voor een zorgorganisatie is het organiseren van specifieke zorg zoals psycho-educatie ook belangrijk. In dit hoofdstuk wordt het belang van deze specifieke vorm van zorg benoemd en hierin is het noodzakelijk dat zorgorganisaties hier aandacht aan besteden in hun beleid en concretiseren in de praktijk.

Maatschappelijk perspectief

Er leven taboes en mythes rondom seksualiteit en seksuele gezondheid en deze vormen belemmerende factoren voor de bespreekbaarheid, zowel bij zorgprofessionals als bij patiënten (Kotronoulas, 2009). Daarnaast worden seksuele hulpmiddelen voor patiënten vaak niet vergoed, zoals bijvoorbeeld glijmiddel of medicatie. Een doorverwijzing naar een seksuoloog of consultant seksuele gezondheid wordt vergoed, afhankelijk van de manier waarom iemand is doorverwezen en welke verzekering die persoon heeft. Ook is het afhankelijk van de aard van de klacht en of deze samenhangt met een andere psychisch of medische aandoening. De hulp kan uit het basis pakket vergoed worden of vanuit het aanvullende pakket. Een doorverwijzing van een huisarts is hiervoor noodzakelijk. Het advies is om rechtstreeks contact op te nemen met de desbetreffende hulpverlener om te zien wat mogelijk is. Voor een zorgprofessional is het dus lastig om te weten wat er precies geadviseerd moet worden; het aanbod is groot maar de kennis op maat gering.

Toelichting beslisproces

Deze overwegingen komen voort uit aanvullende wetenschappelijke literatuur en praktijkkennis die is aangedragen door de werkgroep. Hier is specifieker op in gegaan door de topicgroep die uit een deel van de werkgroep leden bestaan. Voor het bespreken van veranderende seksuele gezondheid wordt een expliciet beroep gedaan op de zorgprofessional. De werkgroep benadrukt dat dit een verantwoordelijkheid is van de zorgprofessional, maar ook een deel van de verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. Uit de wetenschappelijke literatuur en de werkgroep komt als aanbeveling het PLISSIT-model met aanvullende suggesties vanuit de topicgroep met betrekking tot de NHG-standaard. Deze vullen elkaar volgens de werkgroep goed aan. Bij de uitgangsvraag rondom (vermoedens van) traumatische ervaringen zijn nog aanvullend experts geraadpleegd. Zoals in de tekst beschreven wordt aangeraden om het onderwerp te normaliseren, net als bij elke andere patiënt.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

Uitgangsvraag 2A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?

Met betrekking tot deze vraag werden twee systematische reviews gevonden (Kotronoulas et al, Fletcher et al, 2009) en een NHG-richtlijn voor huisartsen (2015). De studie van Kotronoulas en collega's (2009) betreft een review van 21 kwalitatieve studies over het bespreken van veranderd seksueel gedrag door oncologieverpleegkundigen. Uit deze studies blijkt dat oncologieverpleegkundigen het onderwerp seksuele gezondheid en eventuele vruchtbaarheidsproblemen nog te weinig bespreekbaar maken. Hiervoor wordt een samenvatting van 9 oorzaken (gebrek aan kennis, rolonduidelijkheid, barrières bij de patiënt, attitude verpleegkundige, barrières in de werkomgeving, gebrek aan bijscholing, culturele barrières) gegeven.

De studie van Fletcher en collega's (2009) betreft een review over problemen die kunnen worden verwacht rondom seksuele gezondheid als gevolg van MS en hoe een multidisciplinair team dit moet oppakken. Echter uitspraken over het bespreken van seksuele gezondheid zijn in de review niet te herleiden naar geïncludeerde studies.

In de NHG-richtlijn (bijlage 7) voor huisartsen (2015) worden op basis van literatuur en consensus in de werkgroep enkele formuleringen aanbevolen, welke behulpzaam kunnen zijn in het bespreekbaar maken van veranderende seksuele gezondheid bij diverse aandoeningen.

Uitgangsvraag 2B: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?

Uit de search van de wetenschappelijke literatuur zijn geen studies gekomen die een antwoord geven op de uitgangsvraag en voldoen aan de gestelde (kwaliteits)criteria.

Uitgangsvraag 2C: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?

Vanuit de overkoepelende search (741 artikelen), zijn er 17 artikelen full tekst beoordeeld. Daarvan zijn er vijf geëxcludeerd omdat de onderbouwing ontbreekt. Vier studies zijn geëxcludeerd omdat er recentere reviews waren over hetzelfde onderwerp. Er bleven vervolgens acht reviews/richtlijnen over die geïncludeerd zijn.

In bijlage 7 staan de evidence tabellen per artikel, deze gaan allen over interventies gericht op seksueel functioneren bij patiënten met kanker. Voor ouderen en chronisch zieken zijn er geen systematische reviews geïncludeerd.

Eerst worden de twee gevonden richtlijnen beschreven en vervolgens worden de gevonden reviews onderverdeeld in bewijs voor effecten van interventies voor:

- mannen en vrouwen
- specifiek voor vrouwen
- specifiek voor mannen

Richtlijnen

Een richtlijn (Barbera et al., 2017) van voldoende kwaliteit uit Canada over seksuele problemen bij personen met kanker geeft een aantal aanbevelingen, deze staan geciteerd in kader 1. Deze richtlijn is later geadapteerd door de American society of clinical oncology (Carter et al., 2018) en bevat dezelfde inhoud.

Kader 1: Aanbevelingen uit de Canadese/Amerikaanse richtlijn

Een algemene aanbeveling: "Er moet een gesprek over veranderende seksuele gezondheid door kanker of de behandeling met de patiënt plaatsvinden dat geïnitieerd wordt door een zorgprofessional. Idealiter - wanneer de patiënt een partner heeft - wordt deze hierbij betrokken".

Het onderwerp moet besproken worden tijdens de diagnose fase en het gesprek moet periodiek herhaald worden. Het expertpanel vindt dat dit een cruciale voorwaarde is. De aanbeveling kan niet gebruikt worden als niemand het initiatief neemt."

Voor vrouwen en voor mannen worden elk apart aanbevelingen gedaan. Deze gaan over:

1. Seksuele respons
2. Lichaamsbeeld
3. Intimiteit en relaties
4. Algeheel seksueel functioneren en tevredenheid
5. Vasomotore symptomen (opvliegers)
6. Genitale symptomen (alleen voor vrouwen)

Bij vrouwen wordt aanbevolen:

- Bij 1 t/m 4: psychosociale behandeling. Met voor 4 eventueel aanvullende fysieke oefeningen waaronder bekkenfysiotherapie.
- Bij 5: hormoontherapie dan wel medicatie (bv paroxetine) als hormonen niet acceptabel worden gevonden.
- Bij 6: hulpmiddelen als glijmiddelen en/of bevochtigmiddelen; werkt dit onvoldoende dan kunnen vaginale oestrogenen worden ingezet.
- 'Vaginal dilators' bij vaginisme of 'vaginal stenosis'.
- Eventueel ook bekkenfysiotherapie bij pijn of andere bekkenproblemen.

Bij mannen wordt aanbevolen:

- PDE5i medicatie om erectie te bewerkstelligen. Indien dit onvoldoende effect heeft kan een vacuümpomp (VED), intraurethrale gel, intracaverneuze injectie of eventueel erectieprothese overwogen worden;
- Een vacuümpomp dagelijks gebruiken;
- Individuele behandeling of met partner indien relatieverbetering een doel is;
- Medicatie, zoals Venlafaxine, Medroxyprogesteron (progestageen), Cyproteron/Androcur, Gabapentine.

Mannen en vrouwen

In een systematische review (n=15 (5 RCT's)) met meta-analyse (Kim, Yang, & Hwang, 2015) van lage kwaliteit werd de effectiviteit van psycho-educatie onderzocht bij mannen en vrouwen met

kanker op het seksueel functioneren (fysieke, psychologische, cognitieve en sociale uitkomsten). Psycho-educatie had een middelgroot effect (SMD=0,75 (95% BI 0,51-1,00)).

Vrouwen

In een redelijk goed uitgevoerde systematische review (n=28) (Beesley et al., 2019) is het effect onderzocht van psycho-educatie of psychotherapie, al dan niet in een groep of met partner, op seksueel functioneren bij vrouwen die gynaecologische kanker hebben gehad. Op basis van de gevonden resultaten konden de auteurs geen eenduidige conclusies trekken.

In een redelijk goed uitgevoerde systematische review (n=11 RCT's; N=975) (Chow, H. Chan, & Chan, 2012) is de effectiviteit van psycho-educatie (gericht op acceptatie en herstel) onderzocht bij vrouwen met gynaecologische kanker op het seksueel functioneren. Op basis van een narratieve conclusie (uitkomstmaten waren te heterogeen voor een meta-analyse) werden er aanbevelingen gedaan (Zie kader 2).

Kader 2

'Deze review laat zien dat psycho-educatieve interventies alle vier de componenten incorporeren: informatievoorziening, cognitieve gedragstherapie, sociale hulp en behandeling. Het format van de interventie is individueel of in een groep, met of zonder partner participatie. Idealiter begeleid door een verpleegkundige. Begin hiermee het liefst voor de start van een behandeling en ga ermee door na de behandeling. Het aantal sessies zou ongeveer vier kunnen zijn. Elke sessie moet tussen de 30 minuten en een uur zijn.'

In een systematische review met meta-analyse (Dow & Kennedy Sheldon, 2015) van lage kwaliteit werd de effectiviteit van verschillende type interventies onderzocht bij vrouwen die borstkanker hebben (gehad) en last hebben van seksueel disfunctioneren. Psycho-educatie had een redelijk tot groot positief effect op seksueel functioneren.

Mannen

In een redelijk goed uitgevoerde systematische review (n=8 RCT's; N=915) (Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013) werd de effectiviteit van psycho-educatie onderzocht bij mannen met een prostatectomie die last hadden van erectieproblemen. Psycho-educatie (informatie voorziening of behandeling) was effectiever op coping m.b.t. het seksueel functioneren dan gebruikelijke zorg. In een zwak uitgevoerde systematische review (n=16 RCT's) (Chisholm, McCabe, Wootten, & Abbott, 2012) werd de effectiviteit van psychosociale interventies onderzocht bij mannen met prostaatcancer op het seksueel functioneren. Één op één interventies waar seksueel functioneren veel aandacht kreeg had enig effect op het verbeteren van het seksueel functioneren.

Samenvatting van de kennis

Uitgangsvraag 2A: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist/verpleegkundige/verzorgende veranderende seksuele gezondheid met de patiënt bespreken?

Er wordt door oncologieverpleegkundigen nog te weinig actief gesproken met patiënten over veranderende seksuele gezondheid en vruchtbaarheidsissues (Kotronoulas et al, 2009)

De volgende formuleringen kunnen voor huisartsen behulpzaam zijn bij het bespreekbaar maken van veranderende seksuele gezondheid:

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?

- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van
- Wilt u hier hulp voor? (NHG-richtlijn, 2015)

Uitgangsvraag 2C: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?

Er is in deze search geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de wijze waarop de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit kan bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen.

Over relevante verpleegkundige interventies zijn alleen studies van voldoende kwaliteit gevonden over interventies voor mensen met kanker. Psycho-educatie kan effectief zijn bij bepaalde vormen van kanker afhankelijk van het doel.

Andere richtlijnen en aanbevelingen

In een Canadese en Amerikaanse richtlijn van voldoende kwaliteit staan aanbevelingen (Kader 1 en 2) om het seksueel functioneren te verbeteren. (Barbera et al., 2017; Carter et al., 2018)

Mannen en vrouwen

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat psycho-educatie bij mannen of vrouwen met kanker effectief is om het seksueel functioneren te verbeteren. (Kim, Yang, & Hwang, 2015)

Vrouwen

Het is onduidelijk of psycho-educatie / psychologische interventies bij vrouwen met gynaecologische kanker effectief zijn. (Beesley et al., 2019)

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat psycho-educatie (gericht op acceptatie en herstel na ziekte en behandeling) het seksueel functioneren kan verbeteren bij vrouwen met gynaecologische kanker (Chow, H. Chan, & Chan, 2012)

Er zijn aanwijzingen dat het geven van alleen informatie effectiever is dan een gestructureerde interventie*** aan vrouwen met gynaecologische kanker op mentale aspecten van kwaliteit van leven (Chow, H. Chan, & Chan, 2012)

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat er geen relevant verschil is tussen het geven van informatievoorziening en een gestructureerde interventie*** aan vrouwen met gynaecologische kanker op fysieke aspecten van kwaliteit van leven (Chow, H. Chan, & Chan, 2012)

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat psycho-educatie aan vrouwen met borstkanker en seksueel disfunctioneren effectief is om het seksueel functioneren te verbeteren (Dow & Kennedy Sheldon, 2015)

Mannen

Het is aannemelijk dat psycho-educatie (cognitieve gedragstherapie) het seksueel functioneren verbetert bij mannen met een prostatectomie en erectieproblemen. Deze effecten werden niet gevonden bij groepseducatie (Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013)

Er zijn aanwijzingen dat psycho-educatie (gesprekken over het weer krijgen van een erectie en seksuele tevredenheid) het seksueel functioneren verbetert bij mannen met een prostatectomie en erectieproblemen (Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013)

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat psycho-educatie (behandeling of internet interventie) het seksueel functioneren verbetert bij mannen met een prostatectomie en erectieproblemen. Deze effecten werden niet gevonden bij telefonische training copingsvaardigheden of peer-ondersteuning (Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013)

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat individuele psychosociale interventies aan mannen met prostaatanker effectief is om het seksueel functioneren te verbeteren (Chisholm, McCabe, Wootten, & Abbott, 2012)



Uitgangsvraag 3

3: Hoe kan de verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten?

februari 2022

Inleiding

In dit hoofdstuk komt de volgende uitgangsvraag aan de orde: Hoe kan de verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten?

Aanbevelingen

OVERWEEG

Uitgangsvraag 3: Hoe kan de verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten?

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag bij mensen met kanker, chronische ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen (kernaanbeveling):

- de eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
- naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op een andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;
- binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg

Overwegingen

De praktijkoverwegingen komen voort uit de expertise van de werkgroep. De leden van de werkgroep zijn onderverdeeld in topicgroepen die zowel praktijkkennis als aanvullend onderzoek hebben aangedragen. Voor uitgangsvraag 6 zijn aanvullend nog interviews gehouden met een aantal experts op het gebied van seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag. Door de Covid-19 pandemie was het niet mogelijk om focusgroepen te organiseren en zijn daarvoor in de plaats interviews gehouden. Er is voor gekozen om dit bij uitgangsvraag 6 te doen omdat de werkgroep aangaf niet alle expertise in huis te hebben rondom dit thema.

In een studie van Joller e.a. (2013) wordt een interventie besproken die zich richt op het wegnemen van triggers van het seksueel ontremd gedrag van mensen met dementie. Bijvoorbeeld door de patiënt te verhuizen naar een andere afdeling, afleiding bieden (beweging, handwerkactiviteiten), de mogelijkheid bieden tot een veilige uitoefening van seksuele behoeften (zoals masturbatie met pornografisch materiaal op de eigen kamer, eventueel met een knuffel/pop). Hierbij is een multidisciplinaire aanpak geassocieerd met een reductie van het gedrag en een vermindering van het gebruik van psychofarmaca (Joller e.a., 2013).

Daarnaast geeft de werkgroep ook aan dat er ervaringen zijn met juist het toedienen van psychofarmaca om de seksuele lading te verminderen. Het beoordelen van het medicatiebeleid in het algemeen is ook belangrijk als verpleegkundige/verzorgende. Verschillende medicatie kan overschrijdend gedrag in de hand werken.

Het is voor de zorgprofessional belangrijk om te weten hoe je familie erbij kunt betrekken; indien aanwezig kan/wil partner ook betrokken zijn, of juist niet. Het mogelijk maken dat een partner kan blijven slapen kan er ook voor zorgen dat seksueel ontremd gedrag minder vaak voorkomt. Daarnaast kan sekszorg ook een uitkomst zijn voor een patiënt en voor een partner wanneer die hierin overvraagd wordt.

Kwaliteit van bewijs

Er zijn geen vergelijkende studies gevonden over het omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Dit betekent dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de wijze waarop de zorgprofessional kan omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten.

In de grijze literatuur wordt grensoverschrijdend gedrag alleen benoemd in studies met de doelgroep ouderen en met name in de context van zorginstellingen. Over patiënten met kanker, andere chronische ziekten of lichamelijke beperkingen is in de literatuursearch niets gevonden. De resultaten van de grijze literatuur (Heath, 2012; Higgins, Barker, & Begley, 2004; Kamel & Hajjar, 2004; Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010; Stubbs, 2011; Tucker, 2010) komen aan de orde bij professioneel perspectief.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Om deze effecten te kunnen benoemen zal er een onderscheid moeten komen tussen gewenst en ongewenst. Uiteraard zullen deze effecten in elk geval de wet- en regelgeving binnen ons land moeten bevatten. Daarnaast zullen er wellicht richtlijnen moeten komen per instelling over wat gewenst en ongewenst gedrag is. Hierbij zal ook de persoonlijke mening van betrokkenen moeten worden meegenomen. Zodra er duidelijk is wat gewenst en ongewenst gedrag is, kan er gekeken worden naar de balans hiertussen. Er moet gekeken worden naar hoe een patiënt zich voelt in een bepaalde situatie en of beoordeeld worden of bepaald gedrag voortkomt uit bijvoorbeeld ziekten of medicatie.

Patiënten perspectief

Vanuit de patiënt gezien kan het gaan om gedrag dat de patiënt zelf niet ziet als gewenst of ongewenst. Het kan bijvoorbeeld gaan om een uiting door medicatie of ziektebeeld. Het kan ook juist zo zijn dat de patiënt grensoverschrijdend gedrag ervaart van een andere patiënt of vanuit de zorgprofessional, of zich er zelf toe aangemoedigd voelt.

Professioneel perspectief

Bij grensoverschrijdend gedrag kan het gaan om verschillende uitingen. Uitingen die seksueel getint overkomen maar waarbij het mogelijk gaat om behoeften aan intimiteit of aanraking die door de cognitieve staat van de betrokkene niet meer op adequate wijze worden geuit of doordat de persoon zich vergist in wie die tegenover zich heeft. Het kan ook gaan om reacties op goedbedoelde gedragingen van zorgpersoneel, zoals knuffelen of kussen van een bewoner of om misinterpretatie van gedragingen. Daarnaast kan de patiënt zich bewust seksueel ongewenst gedragen. Er moet goed worden gekeken wat het gedrag veroorzaakt of wat een persoon hiermee uitdrukt om op basis daarvan de geschikte actie te kunnen bepalen (Heath, 2012; Kamel & Hajjar, 2004; Tucker, 2010).

In de literatuur worden enkele concrete strategieën aangedragen om met overschrijdend gedrag om te gaan (Heath, 2012; Higgins et al., 2004; Kamel & Hajjar, 2004; Rosen et al., 2010). Er worden soms medicijnen (o.a. hormonen, SSRI's) gebruikt om het gedrag te verminderen. Hiervan wordt aangegeven dat deze niet/nauwelijks zijn onderzocht in vergelijkende studies. Hoewel er studies zijn die aangeven dat er kan worden overgegaan tot het verstrekken van medicatie wordt in andere afgeraden om dit medicinaal op te lossen, maar vooral te kijken naar wat de uiting zegt over de onderliggende oorzaak of behoefte en daar op een andere wijze aan te voldoen (Heath, 2012; Higgins et al., 2004). De voorkeur heeft een gedragsmatige aanpak: patiënt aanspreken op diens gedrag, andere manieren ontwikkelen om tegemoet te komen aan de behoefte van de patiënt aan intimiteit of een aanpak waarbij de omgeving van de patiënt betrokken wordt. Verder moeten zorgprofessionals die te maken krijgen met overschrijdend gedrag hun verhaal kwijt kunnen vanwege de vervelende psychologische consequenties die dergelijk gedrag op hen kan hebben (Stubbs, 2011). Het is raadzaam om als team afspraken te maken hoe om te gaan met seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag.

Middelenbeslag

Er kan gekeken worden naar mogelijkheden om de seksualiteit van de patiënt vorm te geven binnen een geoorloofde context met geschikte hulpmiddelen. Denk aan pornografisch materiaal, een pop/knuffel, intimiteit met elders wonende partner en sekszorg. Mogelijk wordt het ongewenste gedrag minder als je wel de mogelijkheid biedt om seksuele behoeften te uiten op een manier die mogelijk/passend is.

Organisatie van zorg

Het helpt het zorg- en behandelbeleid bij seksueel ontremd gedrag wanneer de instelling een open bespreekbaar klimaat ondersteund en ontremd gedrag niet bij voorbaat gezien hoeft te worden als probleem gedrag. De zorginstelling is verantwoordelijk voor het opstellen van beleid rondom aandacht voor de mogelijk ongewenste gevolgen van seksueel ontremd gedrag. Daarnaast is de zorginstelling verantwoordelijk voor opvang van zowel cliënten als medewerkers die te maken hebben met seksueel ontremd gedrag en daarvan hinder hebben ondervonden. Een voorbeeld hiervan zijn een Collegiaal Opvang Team en/of een vertrouwenspersoon. Ook moeten organisaties hun medewerkers informeren over de ZorgMeldcode.

Maatschappelijk perspectief

Seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag is een moeilijk onderwerp in onze maatschappij.

Slachtoffers kunnen gevoelens van schaamte of schuld ervaren waardoor niet snel om hulp wordt gevraagd. In Nederland is het mogelijk om mensen door te verwijzen naar een centrum seksueel geweld (www.centrumseksueelgeweld.nl); zij zijn gespecialiseerd in het begeleiden en behandelen van mensen die te maken hebben (gehad) met seksueel geweld. Zorgprofessionals dienen te weten dat dit een doorverwijsmogelijkheid is.

Toelichting beslisproces

Dit hoofdstuk bevat informatie vanuit dewetenschappelijke search, werkgroep en extern geraadpleegde experts. Echter zijn concrete aanbevelingen beperkt. Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van manieren om om te gaan met seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag in de zorg. Het is wel een thema waar velen mee te maken krijgen in hun werk. Daarom zijn de geformuleerde aanbevelingen vooral gebaseerd op de praktijkkennis van de zorgprofessionals. De werkgroep acht deze bruikbaar voor de brede praktijk van zorgprofessional.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

Na een eerste selectie van de literatuur bleven er vier full tekst artikelen over (Heath, 2012; Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010; Stubbs, 2011; Tucker, 2010). Deze narratieve reviews (waarbij geen gebruik is gemaakt van een systematische search) zijn geëxcludeerd omdat deze niet voldeden aan de AMSTAR-kwaliteitseisen. De in de reviews opgenomen studies (meestal case studies of kwalitatieve studies) waren van te lage kwaliteit om conclusies te trekken voor een hele doelgroep. De geëxcludeerde studies zijn als 'grijze literatuur' in de praktijkoverwegingen opgenomen.

Samenvatting van de kennis

Er zijn geen reviews van voldoende kwaliteit gevonden om de uitgangsvraag te beantwoorden.



Bijlagen

februari 2022

Bijlage 1

Algemene achtergrondgegevens

De richtlijn is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep en gefinancierd door ZonMw. De richtlijnwerkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door een projectteam van het Trimbos-instituut en Rutgers. Dit projectteam bestond uit een algemeen projectleider, een uitvoerder/schrijver, een informatiespecialist, een methodoloog/reviewer, en een projectassistent.

In totaal kwam de richtlijnwerkgroep voorafgaand aan de commentaarfase 6 keer fysiek bijeen en is 2 keer (in verband met corona) een schriftelijke ronde gehouden. Gedurende het traject zijn de stappen van de methodiek voor evidence-based richtlijnontwikkeling (ebro) doorlopen. De informatiespecialist van het Trimbos-instituut verrichtte op systematische wijze het literatuuronderzoek. De reviewers van het Trimbos-instituut hebben in overleg met de topicgroepen een selectie gemaakt van de gevonden onderzoeken. De reviewers beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen, beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. Voor een aantal uitgangsvragen was geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar en is gebruik gemaakt van grijze literatuur en focusgroepen. Leden van de richtlijnwerkgroep hebben op basis van de resultaten van de literatuursearch, de grijze literatuur en de focusgroepen de praktijkoverwegingen en aanbevelingen geformuleerd.

Bijlage 2

Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2018 een werkgroep ingesteld. De richtlijnwerkgroep, onder voorzitterschap van mevr. Tineke Vos (Haaglanden MC, technisch voorzitter), bestond uit drie verpleegkundig specialisten, een psychiatrisch verpleegkundige, een voorzitter van V&VN Urologie, een seksuoloog en systeemtherapeut, een huisarts, een GZ-psycholoog en seksuoloog, twee POH-S, en een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie. Voorafgaand aan het ontwikkeltraject zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met de kandidaat leden voor de werkgroep om zicht te krijgen op hun expertise en om wederzijdse verwachtingen te bespreken. Naast de richtlijnwerkgroep is een adviesgroep samengesteld, die tijdens de commentaarfase is gevraagd schriftelijk te reageren op de conceptteksten.

Werkgroep		
Karin Jobse	Verpleegkundig specialist, V&VN Verpleegkundig Specialisten, Trivium Meulenbeltzorg	Topicgroep H4
Annelies Killian	Psychiatrisch verpleegkundige, V&VN Consultatieve Psychiatrie, Reinier de Graaf ziekenhuis	Topicgroep H3 Topicgroep H5
Annemarie Verwoerd	Verpleegkundig specialist, V&VN Verpleegkundig - netwerk Landelijke Expert Groep Nefrologie, Gelre Ziekenhuizen/Attent Zorg en Behandeling	Topicgroep H4 Topicgroep H5
Gusta de Vries	Verpleegkundig specialist, V&VN Pijnverpleegkundigen, Maasstad Ziekenhuis	Topicgroep H6
Jeannette Verkerk	Verpleegkundig specialist urologie /andrologie, St Antoniusziekenhuis. Voorzitter V&VN Urologie Verpleegkundigen	Topicgroep H4 Topicgroep H5
Gea Bijzitter	Verpleegkundig specialist GGZ, SPV; seksuoloog en systeemtherapeut, NVVS, GGZ Friesland	Topicgroep H5
Peter Leusink	Huisarts, NHG, Praktijk de Huisarts	Topicgroep H3 Patiënten perspectief
Daniela Hahn/Ilaniek Zantingh	GZ-psycholoog/seksuoloog, NVVS, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis	Patiënten perspectief
Mirjam van Belzen/Dorien Tange	Vertegenwoordiger NFK, Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties	Topicgroep H4 Patiënten perspectief

Werkgroep		
Margriet Pastor	POH-S, V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, Huisartsenpraktijk Ede	Topicgroep H4
Annemiek Verschoor	POH-S, V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, Gezondheidscentrum Ambachtsveld" te Oost Souburg	Topicgroep H3, H4 en H5

Adviesgroep	
Bert Messelink	NVVS
Liselotte Fischer	V&VN, Vakcommissie GGZ, V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
Jeroen Dijkstra	Isala ziekenhuis
Leonie Bretelier	Anthonius Ziekenhuis
Suzanne de Munnik	V&VN Verpleegkundig Specialisten, Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Hans Rasker	Universiteit Twente
Anne Shouffoer	Leiden UMC
Jacqueline Fraanje	V&VN Neuro & Revalidatie, Rijndam Revalidatie
Hendrika Aartsma	GGZ Friesland
J. Beck	NVU / St Antoniusziekenhuis
Annetje de Rooij	Maasstadziekenhuis Rotterdam
Klaartje Spijkers	Patiëntenfederatie Nederland

Projectgroep	
Ireen de Graaf (t/m 2019)	Projectleider Trimbos-instituut
Nicole van Erp (v.a. 2020)	Projectleider Trimbos-instituut
Ineke Mouthaan (t/m juni 2020)	Programmamanager Rutgers
Ymke Kelders	Projectleider Rutgers
Jeannet Kramer (t/m 2019)	Methodoloog Trimbos-instituut
Matthijs Oud (v.a. 2020)	Methodoloog Trimbos-instituut
Marjolein de Vries	Projectassistente Trimbos-instituut

Conflicterende belangen van alle betrokken zijn inzichtelijk gemaakt. Alle 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' hebben bij aanvang en bij de afronding van

de richtlijn een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Potentiële conflicterende belangen zijn door middel van ondervraging van de leden opgespoord en besproken. De bevindingen zijn schriftelijke vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@venvn.nl.

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

Bijlage 3

Begrippenlijst en afkortingen

Met behulp van de NANDA-International-taxonomie worden verpleegkundige diagnoses gesteld. Door middel van 13 domeinen wordt op een gestructureerde manier een verpleegkundige diagnose gesteld.

Met behulp van de NOC worden vervolgens de gewenste zorgresultaten beschreven. Tenslotte zijn met behulp van de NIC de bijbehorende interventies uitgewerkt.

Primaire problemen bij Seksueel Functioneren zijn:

- Domein 6: Zelfperceptie
- Domein 7: Rollen/relaties
- Domein 8: Seksualiteit
- Domein 9: Coping/stresstolerantie
- Domein 10: Levensprincipes
- Domein 12: Welbevinden

Beïnvloedende factoren bij Seksueel Functioneren zijn:

- Domein 1: Gezondheidsbevordering
- Domein 2: Voeding
- Domein 3: Uitscheiding/Uitwisseling
- Domein 4: Activiteit/rust
- Domein 5: Waarneming/cognitie
- Domein 11: Veiligheid/bescherming
- Domein 13: Risico op afwijkende groei

PRIMAIRE PROBLEMEN

Domein 6: Zelfperceptie

Domein 6, klasse 1: Zelfbeeld

Moedeloosheid: De subjectieve toestand waarin iemand weinig of geen alternatieven of persoonlijke keuzes denkt te hebben en niet in staat is zich ten behoeve van zichzelf in te spannen.

Bepalende kenmerken:

- verminderde reactie op stimuli
- gebrek aan initiatief
- passiviteit
- verbale aanwijzingen

Risico op aantasting van de menselijke waardigheid: verhoogd risico op een ervaren verlies van respect en eer.

Bepalende kenmerken:

- cultuurverschillen
- ontbloting van het lichaam
- inadequate deelname in de besluitvorming
- verlies van controle over lichaamsfuncties
- ervaren indringing door zorgverleners
- stigmatiserend label

Identiteitsstoornis: onvermogen een geïntegreerd en volledig beeld van zichzelf te handhaven.

Bepalende kenmerken:

- verstoord lichaamsbeeld
- ineffectieve relaties
- gevoelens van vervreemding
- fluctuerende gevoelens over zichzelf
- ineffectieve coping
- ineffectieve rolvervulling

Bereidheid tot het verbeteren van het zelfbeeld.

Bepalende kenmerken:

- acceptatie van beperkingen
- uiting van vertrouwen op eigen kunnen
- uiting van tevredenheid met lichaamsbeeld
- uiting van tevredenheid met eigen identiteit
- uiting van tevredenheid met gevoel van eigenwaarde

Domein 6, klasse 2: Zelfachting

Chronische geringe zelfachting: aanhoudende negatieve zelfbeoordeling/gevoelens over zichzelf of de eigen vermogens.

Bepalende kenmerken:

- Uitdrukkingen van schuldgevoelens
- Uitdrukkingen van schaamte
- Terughoudendheid in het proberen van nieuwe dingen
- Passiviteit

Domein 6, klasse 3: Zelfbeeld

Verstoord lichaamsbeeld: verstoring in de beleving van het eigen lichaam.

Bepalende kenmerken:

- Gedrag dat wijst op erkenning van het eigen lichaam
- Gedrag dat wijst op vermijding van het eigen lichaam
- Non-verbale reactie op werkelijke verandering in het lichaam
- Verwoorden van gevoelens die duiden op gewijzigde kijk op het eigen lichaam

Domein 7: Rollen/relaties

Domein 7, klasse 3: Rolvervulling

Ineffectieve partnerrelatie: een patroon waarin wederkerige partners in elkaars behoeften voorzien.

Bepalende kenmerken:

- Toont geen begrip voor de tekortkomingen in het functioneren van de partner
- Partners tonen geen onderling respect voor elkaar
- Uiting van ontevredenheid over de onderlinge vervulling van emotionele behoeften
- Uiting van ontevredenheid over de onderlinge vervulling van fysieke behoeften

Bereidheid tot verbetering van de partnerrelatie.

Bepalende kenmerken:

- Tonen van wederzijds respect tussen partners
- Tonen van begrip
- Verwording van tevredenheid met de manier waarop de partner voorziet in lichamelijke behoeften

Domein 8: Seksualiteit

Domein 8, klasse 2: Seksueel functioneren

Seksueel disfunctioneren: de situatie waarin iemand een verandering in het seksueel functioneren tijdens een of meer van de seksuele-responsstadia van verlangen, opwinding en orgasme die als onbevredigend of inadequaet worden gezien.

Bepalende kenmerken:

- Verandering in het bereiken van seksuele bevrediging
- Verandering in het bereiken van de vermeende seksuele rol
- Werkelijke beperking door ziekte
- Veranderde belangstelling in zichzelf
- Onvermogen de gewenste bevrediging te bereiken
- Ervaren verandering in de seksuele opwinding
- Ervaren tekort aan seksueel verlangen
- Bevestiging vragen van de eigen aantrekkelijkheid
- Uitspreken van het probleem

Ineffectief seksueel patroon: uitingen van bezorgdheid over de eigen seksualiteit.

Bepalende kenmerken:

- Veranderingen in het bereiken van de vermeende seksuele rol
- Verandering in de relatie met de belangrijke ander
- Vermelding van veranderingen in de seksuele activiteit
- Vermelding van veranderingen in seksueel gedrag
- Vermelding van problemen met seksuele activiteiten
- Vermelding van problemen bij seksueel gedrag
- Vermelding van beperkingen bij seksuele activiteiten
- Vermelding van beperkingen in seksueel gedrag

Domein 9: Coping/stresstolerantie**Domein 9, klasse 1: Posttraumatische reacties**

Posttraumatisch syndroom: aanhoudende onregelende respons op een ingrijpende traumatische gebeurtenis.

Bepalende kenmerken:

- Veranderlijke stemmingen
- Vervreemding
- Angst
- Vermijding
- Depressie
- Rouwen
- Schuldgevoelens
- Moedeloosheid
- Prikkelbaarheid
- Schaamte

Domein 9, klasse 2: Copingreacties

Angst: Vast gevoel van onbehagen of onveiligheid vergezeld van een autonome respons (met een voor e betrokkene meestal onduidelijke of onbekende bron); een gevoel van apprehensie door anticipatie op gevaar. Het is een signaal tot anticipatie dat waarschuwt voor naderend gevaar en dat de persoon in staat stelt maatregelen te nemen tegen de bedreiging.

Bepalende kenmerken:

- verminderde productiviteit
- zenuwachtigheid
- slapeloosheid
- verdriet
- ongerustheid

- gevoelens van tekortschieten
- prikkelbaarheid
- verdriet
- vrees

Ineffectieve coping: Onvermogen om stressoren op hun waarde te schatten, inadequate keuze van aangeleerde responsen en/of onvermogen om beschikbare middelen te gebruiken.

Bepalende kenmerken:

- vermoeidheid
- onvermogen aan basale behoeften te voldoen
- onvermogen aan rolverwachtingen te voldoen
- verwoording van onvermogen om hulp te vragen
- verwoording van onvermogen tot coping
- gebruik van copingvormen die aanpassingen in de weg staan

Bereidheid tot verbetering van de coping: Patroon van cognitieve en gedragsmatige inspanningen ter hantering van dagelijkse eisen dat volstaat voor het welzijn en dat kan worden versterkt.

Bepalende kenmerken:

- kennis zoeken over nieuwe strategieën
- sociale ondersteuning zoeken
- toepassen van een breed scala aan emotiegerichte strategieën
- toepassen van een breed scala aan probleemgerichte strategieën

Tekort aan drijfkracht bij volwassene: Progressieve teruggang in het functioneren van lichaam en geest. Duidelijk verminderd vermogen van het individu met verschillende systematische ziekten te leven, met de problemen die dit geeft om te gaan en in zijn eigen zorgbehoeften te voorzien.

Bepalende factoren:

- apathie
- cognitieve verslechtering
- verminderde perceptie
- frequentie verergering van chronische gezondheidsproblemen
- lichamelijke verslechtering
- tekort aan persoonlijke verzorging
- sociale terugtrekking

Bereidheid tot vergroten van e eigen kracht: Patroon van bewust bijdragen aan veranderingen dat volstaat voor het welzijn en dat kan worden vertrekt.

Bepalende kenmerken:

- beschrijving zich beter bewust te kunnen zijn van de mogelijke veranderingen
- beschrijving beter te willen onderscheiden welke keuzes er zijn ten aanzien van veranderingen
- beschrijving meer betrokken te willen en kunnen zijn bij het veranderen
- beschrijving in staat te zijn tot een grotere kennis om betrokken te zijn bij de veranderingen
- beschrijving de eigen macht/kracht te willen en kunnen vergroten

Chronisch verdriet: Cyclisch, herhaaldelijk terugkerend en mogelijk progressief patroon van intens verdriet als respons op voortdurend verlies in het traject van een chronische ziekte of handicap.

Bepalende factoren:

- verwoorden van negatieve gevoelens
- verwoorden van gevoelens van verdriet
- verwoorden van gevoelens die het vermogen belemmeren om het hoogste niveau van persoonlijk welzijn te bereiken

Overbelasting: Overmaat, in hoeveelheid en soort, van zaken die om actie vragen.

Bepalende kenmerken:

- verwoorden van gevoel onder druk te staan
- verwoorden van gespannenheid
- verwoorden van functioneringsproblemen
- verwoording van overmatige reactieve stress
- verwoording dat stress negatieve gevolgen heeft

Domein 10: Levensprincipes

Klasse 1: Waarden

Bereidheid tot vermeerderen van hoop; patroon van verwachtingen en wensen dat volstaat om zichzelf energie te geven en dat kan worden versterkt.

Bepalende factoren:

- Uiting van de wens de verbondenheid met anderen te vergroten
- Uiting van de wens de probleemhandtering te verbeteren om doelstellingen te halen
- Uiting van de wens het gevoel van een zinvol bestaan te versterken

Klasse 3: Congruentie tussen waarden, overtuigingen en handelen

Geestelijke nood: Verstoring van het vermogen om een doel en betekenis in het leven te ervaren en te integreren door verbondenheid met zichzelf en anderen.

Bepalende kenmerken:

- Uiting van gebrek aan acceptatie
- Uiting van gebrek aan liefde
- Schuldgevoel

Domein 12: Welbevinden

Klasse 1: Lichamelijk welbevinden

Gebrek aan welbevinden: subjectief ervaren tekort aan rust, ontspanning en transcendentie in lichamelijke, psychospirituele, culturele en sociale dimensies.

Bepalende kenmerken:

- Angst
- Onvermogen tot ontspanning
- Prikkelbaarheid
- Vermelding van onwelbevinden
- Vermelding van onvrede met de situatie
- Vermelding van ongemak met de situatie

Chronische pijn: onaangename zintuiglijke en emotionele gewaarwording als gevolg van een feitelijke of dreigende weefselbeschadiging of beschreven in termen van zo'n beschadiging (IASP) die plotseling of langzaam inzet met elke mogelijke intensiteit, van licht tot ernstig, continue of recidiverend zonder dat een einde in zicht is of te verwachten is en met een duur van meer dan 6 maanden.

Bepalende kenmerken:

- Veranderd vermogen om eerdere activiteiten nog uit te voeren
- Verandering in slaappatroon
- Vermoeidheid
- Verminderde interactie met mensen
- Sympathicus gemedieerde reacties

Klasse 3: Sociaal welbevinden

Sociaal isolement; gevoel van alleen zijn dat volgens betrokkene is opgelegd door anderen en dat door hem als negatief of bedreigend wordt ervaren.

Bepalende kenmerken:

- Aanwezigheid van een handicap
- Afwezigheid van steunende belangrijke ander(en)
- Ziekte
- Verdrietig affect

BEINVLOEDENDE FACTOREN

Domein 1, Gezondheidsbevordering: Belemmerende factoren kunnen van invloed zijn. Te denken valt aan vermoeidheid of onvoldoende lichaamsbeweging. Ook overmatig alcoholgebruik, een lage SES en weinig sociale ondersteuning kunnen belemmerend zijn.

Door bereidheid tot verbeteren van het persoonlijke gezondheidsmanagement kunnen gezondheidsdoelen worden gesteld.

Domein 2, Voeding: Voedingstekort of voedingsteveel kunnen van invloed zijn op het seksueel functioneren.

Patroon van inname van voedingsstoffen dat volstaat voor de stofwisselingsbehoeften dat kan worden versterkt door bijvoorbeeld regelmatig eten, kennis over gezonde drink- en eetkeuzes en een geschikt standaarddieet. Slikstoornissen kunnen ervoor zorgen dat de voedselinname onvoldoende is.

Domein 3, Uitscheiding: incontinentie van urine en/of faeces kan het gevoel van eigenwaarde verminderen emotionele stress geven. Ook maagdarmlaasten kunnen een negatief effect hebben op de seksualiteit.

Domein 4, Activiteit/rust: Slaapgebrek kan leiden tot hormonale schommelingen, depressie en verstoring van het normale dag/nachtritme.

Domein 5, Waarneming/Cognitie: Verandering en/of achteruitgang in persoonlijkheid, verwardheid en cognitie kan van grote invloed zijn op het seksueel functioneren.

Domein 11, Veiligheid/Bescherming: Risico's op lichamelijk letsel is een belangrijke belemmerende factor. Blootstelling aan besmettelijke stoffen kunnen een negatief op de (seksuele) gezondheid hebben.

Domein 13, Groei/Ontwikkeling: Een vertraging in het leren van vaardigheden die bij de leeftijdsgroep horen. Problemen met het uitvoeren van vaardigheden. Onvermogen om activiteiten uit te voeren die bij de leeftijd horen.

Verantwoording voor gebruik van NANDA, NIC en NOC

De NANDA, NIC en NOC vormen samen het de volledige standaardtaal van onderdelen van het verpleegkundig proces zoals opgenomen in de Nursing Minimum Data Set (Werley&Lang, 1988 in NOC 1997)

NANDA

De verpleegkundige diagnoses zijn door NANDA ontwikkeld op basis van consensus bijeenkomsten van vooraanstaande Amerikaanse en Canadese verpleegkundigen. Zij hebben een classificatie

systeem ontwikkeld van verschillende verpleegkundige diagnoses en deze ingedeeld in classes. Dit is gedaan op basis van het verpleegkundig proces waarbij verschillende fases te onderscheiden zijn. De eerste fase, anamnese afnemen is de start van het verpleegkundig proces waarin de diagnose een belangrijke rol inneemt. Tijdens de eerste beschrijving van het verpleegkundig proces werd ingezien dat het afnemen van de anamnese gevolgd moest worden door het clusteren en interpreteren van de gevonden data. Daarna kon de volgende stappen van plannen, uitvoeren en evalueren van de zorg volgen.

Door het gebruik van verpleegkundige diagnoses door verpleegkundigen nemen zij de rol op zich van diagnostiek en klinisch redeneren bedrijven. Hiermee konden zij hun zorg onderbouwen. De focus van verpleegkundige diagnoses ligt in het welbevinden van de patiënt en het leren omgaan met gezondheidsbeperkingen. De verpleegkundige diagnoses zijn dan ook gericht hierop en hebben betrekking op alle aspecten van het leven. Dit is in tegenstelling tot artsen die patiënten genezen. De verpleegkundige betreft de patiënt nadrukkelijk bij het stellen van de diagnose in een gezamenlijk proces.

Door het gebruik van verpleegkundige diagnoses wordt de zorg inzichtelijk en overzichtelijk en kunnen de verzamelde gegevens geïnterpreteerd worden. Het is de start en de basis van de zorgverlening. (Nursing Diagnosis 2009-2011, Part 1)

NOC

De verpleegkundige zorgresultaten zijn ontwikkeld door een onderzoeksteam van vooraanstaande Amerikaanse verpleegkundigen binnen het Iowa Outcomes Project. Nadat de interventies in het Iowa Intervention Project ontwikkeld zijn. Zij hebben zich gebaseerd op verpleegkundige studieboeken, verpleegkundige informatiesystemen, zorgstandaarden en onderzoeksinstrumenten. Deze zijn daarna getoetst in de verpleegkundige praktijk en aangescherpt op basis hiervan. De zorgresultaten zijn conceptueel beschreven, waardoor andere disciplines eenvoudig een bijdrage aan de zorg kunnen leveren op basis van de beschreven zorgresultaten.

De ontwikkeling van de beschrijving van zorgresultaten kent een lange geschiedenis die begon bij Florence Nightingale tijdens de KRIM oorlog voor de verpleging. In de medische zorg begon dit begin 20e eeuw bij Dr. Codman, chirurg in Boston. Het werd pas echt geëffectueerd door Donabedian in de jaren 60. In de jaren zeventig zijn de eerste concrete stappen genomen iom structureel verpleegkundige zorgresultaten te beschrijven.

Het is van belang voor de verpleegkundige zorgverlening de zorgresultaten inzichtelijk te maken en dit te koppelen aan de andere onderdelen van het verpleegkundig proces. Door het inzichtelijk maken kan verantwoord worden welke zorg verleend wordt, en wat dit oplevert. (verpleegkundige zorgresultaten 199)

NIC

De verpleegkundige interventies binnen het Iowa Intervention project ontwikkeld. Het omvat het gehele beroepsdomein van de verpleegkundige zorg. De ontwikkeling is op basis van wetenschap gebaseerd en ontwikkeld op basis van inhoudsanalyses, horen van deskundigen, groepsinterviews, toetsing in het klinische veld enz. De interventies zijn geordend in domeinen, klassen en interventies. Ze zijn gekoppeld aan de NANDA en daarin beschreven diagnoses.

Een verpleegkundige interventie is elke behandeling die de verpleegkundige uitvoert op grond van haar deskundigheid en klinische kennis aan een patiënt. Dit kan directie zorg betreffen, gedelegeerde medische handeling of door een andere discipline voorgestelde behandeling zijn. De autonome verpleegkundige behandelingen zijn wetenschappelijk gefundeerd op grond van een verpleegkundig diagnose. Verpleegkundige activiteiten zijn alle handelingen nodig zijn om een verpleegkundige interventie uit te voeren. (verpleegkundige Interventies, 1998)

NHG richtlijn onderdeel seksualiteit¹⁰

1. Vpk stelt vragen conform NHG richtlijn
2. Vpk gaat samen met patiënt onderzoeken wat hij/zij nodig heeft
3. Vpk stelt samen met patient interventies op die hem/haar kunnen helpen of begeleiden
4. Vpk evalueert met pt. geboden hulp na een half jaar en stelt zo nodig bij.

Verwijs naar seksuoloog

- Vrouwen met langer bestaande of ernstige oppervlakkige dyspareunie (al of niet met secundair vaginisme).
- Vrouwen met primair vaginisme.
- Vrouwen met verminderde zin of opwinding, bij wie de adviezen van de huisarts onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Vrouwen met orgasme problemen, bij wie de adviezen van de huisarts onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Mannen met erectiele disfunctie, bij wie de adviezen van de huisarts en/of behandeling met PDE-5-remmers onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Mannen met primaire vroegtijdige zaadlozing bij onvoldoende effectiviteit van een SSRI.
- Mannen met secundaire vroegtijdige zaadlozing, bij wie niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effectief zijn en bij wie mogelijk sprake is van complexe onderliggende problematiek.

Verwijs naar bekkenfysiotherapeut

- Vrouwen met dyspareunie met aanwijzingen voor bekkenbodempromatiek.

Verwijs naar gespecialiseerde GGZ

- Patiënten met (aanwijzingen voor) seksueel trauma naar psychiater of gespecialiseerd GZ-psycholoog of psychotherapeut.

Verwijs naar gynaecoloog/VS

- Vrouwen met dyspareunie bij wie nadere diagnostiek geïndiceerd is; soms is er de mogelijkheid te verwijzen naar een vulvopoli waarbij ook andere specialismen betrokken zijn (dermatoloog, seksuoloog/psycholoog).
- Voor behandeling van de oorzaak van diepe dyspareunie (zoals endometriose, uterus myomatosus, (ovarium)tumoren).

Verwijs naar uroloog/VS

- Mannen met een gemiddeld testosteron < 11 nmol/l (evt. naar arts-seksuoloog).
- Mannen die geen PDE-5-remmers willen of kunnen gebruiken en een vacuümpomp willen proberen.
- PDE-5-remmer-resistente erectieproblemen met een overwegend lichamelijke oorzaak (vaatlijden, prostaatkankerbehandelingen, rectum/darmoperatie, diabetische neuropathie, neurologische ziekten), waarbij de man intracaverneuze injecties, intra-urethraal alprostadil of een erectieprothese wenst of overweegt.⁶²⁾

- Een standsafwijking van de penis die penetratie lastig of onmogelijk maakt en waarvoor de man een behandeling of operatie wenst of overweegt.²⁷⁾

Indien de mogelijkheid er is heeft het (soms) de voorkeur te verwijzen naar een samenwerkingsverband (centrum seksuele gezondheid, poli seksuologie, bekkenbodemteam), bestaande uit verschillende specialisten (bijvoorbeeld zowel bekkenfysiotherapeut als seksuoloog, psycholoog).

Bijlage 4

Autorisatie

De richtlijn is methodologisch goedgekeurd door de V&VN Beoordelingscommissie Kwaliteitsstandaarden.

Alle deelnemende verenigingen zijn in oktober 2021 per e-mail uitgenodigd om de richtlijn te accorderen. Autorisatie was mogelijk tot medio februari 2022. Onderstaand zijn de verenigingen weergegeven die geautoriseerd hebben.

Autoriserende partij	Reactie
V&VN Diabeteszorg	Geautoriseerd
V&VN Verpleegkundig Specialisten	Geautoriseerd
V&VN Geriatrie & Gerontologie	Geautoriseerd
V&VN Pijnverpleegkundigen	Geautoriseerd
V&VN Neuro & Revalidatie	Geautoriseerd
V&VN Urologie verpleegkundigen	Geautoriseerd
V&VN Reumatologie	Geautoriseerd
V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners	Geautoriseerd
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	Geautoriseerd
V&VN Consultatieve Psychiatrie	Geautoriseerd
V&VN GGZ Verpleegkunde	Geautoriseerd
V&VN Vakcommissie GGZ	Geautoriseerd
V&VN Wetenschap in Praktijk	Geautoriseerd
Nederlandse Vereniging voor Urologie	Geautoriseerd
Patiëntenfederatie Nederland	Geautoriseerd
Nierpatientenvereniging Nederland	Geautoriseerd
Nederlandse Federatie Kankerpatientenorganisaties	Geautoriseerd
Parkinson Vereniging	Geautoriseerd

Niet geautoriseerd hebben Nederlands Huisartsen Genootschap en Nederlandse Vereniging voor Seksuologie.

Bijlage 5

Patiëntenperspectief

Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze richtlijn. In de werkgroep was iemand van de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties vertegenwoordigd. Vanuit de projectgroep zijn nog pogingen ondernomen om andere patiëntenorganisaties bij de werkgroep te betrekken, maar dit is helaas niet gelukt. Verder heeft aan de meelees-/adviesgroep een vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland deelgenomen.

Daarnaast is er een samenvattingskaart voor patiënten ontwikkeld in nauwe samenwerking met patiënten en naasten. Deze samenvattingskaart is een vertaling van de richtlijn voor patiënten en hun naasten. Het is een instrument om de patiënt te ondersteunen in het overleg met de hulpverlener om tot een gemeenschappelijke taal en besluitvorming te komen. De samenvattingskaart geeft patiënten een beter beeld van wat zij van de behandeling of begeleiding kunnen verwachten en helpt hen – samen met de verpleegkundige of verzorgende – een traject te kiezen dat bij hen past.

Bijlage 6

Knelpuntinventarisatie en analyse

Proces knelpuntenanalyse

- Inventarisatie tijdens 1e werkgroep bijeenkomst 10-12-2018
- Aanvulling van de adviesgroep leden
- Raadplegingen via achterban werkgroep- en adviesgroep leden
- Aanvullingen patiëntenorganisaties via achterban werkgroep leden
- Aanvullingen patiëntenorganisaties via contactpersoon van Federatie benaderd: Harteraad, Spierziekten, NFK, Diabetes Vereniging Nederland, Federatie van Algemene Senioren, Unie KBO
- Nieuwsbrief Patiëntenfederatie met oproep voor patiëntenorganisaties

Knelpunten in de zorg

1. Actief bespreken van seksualiteit

- o Onduidelijkheid wie het bespreekt met de patiënt (arts, verpleegkundige, huisarts, POH, etc.)
- o Tijdsrestricties vormen vaak belangrijk knelpunt
- o Onduidelijkheid wanneer je het bespreekt
- o Normen en waarden van de patiënt zijn van belang (culturele achtergrond, sociaal economische status, seksuele identiteit(homo, bi, hetero, asexueel)
- o Normen en waarden van de verpleegkundige en verzorgende is van belang
- o Wanneer is een goed moment om te bespreken?
- o Er is gebrek aan kennis en vaardigheden bij VK en bij verzorgenden
- o Er is gevoel van gêne/schroom bij patiënt en VK/Verzorgende om erover te beginnen
- o Onduidelijkheid over de taakopvatting (arts of VK?)
- o Onduidelijkheid over verantwoordelijkheid? Samenwerking niet altijd helder tussen
- o VK/verzorgende en andere hulpverleners (medische staf)
- o Er is sprake van handelingsverlegenheid
- o Gebrek aan kennis over wisselwerking seksualiteit en chronische aandoening: seksualiteit kan positieve invloed hebben op de gezondheid en seksuele identiteit
- o Miskend belang van seksualiteit komt veel voor
- o Aanwezigheid van derden zoals studenten (mn in academische ziekenhuizen), partner, kinderen e.a.
- o De persoon: man/vrouw, leeftijd kan uitmaken (mn. voor ouderen).

Vanuit Patiënten perspectief:

- o Erover praten is voor veel mensen lastig
- o Jongeren missen privacy: Met jezelf kunnen experimenteren is lastig als er continue een PGB-er of ouder in de buurt is die je in de gaten moet houden (bijvoorbeeld als je ademhalingsapparatuur gebruikt moet dit continue worden gemonitord)

2. Signaleren

- o Er is geen routine in doorvragen en uitvragen
- o Er kan een generatieprobleem bestaan

- Culturele verschillen in de samenleving
- Attitude is belangrijk
- Het vergt veel deskundigheid, vaardigheid in gespreksvoering, maar ook waarneming en soms intuïtie
- Meer ervaren verpleegkundigen kunnen jongeren hierin beter begeleiden of opvangen.
- Verpleegkundigen moeten goed opgeleid zijn om over seksualiteit te praten.
- Patiënt kan emotionele signalen afgeven die verpleegkundige moet kunnen herkennen (ook psychologische signalen)
- Partner anamnese kan informatief zijn
- Ook punten genoemd bij 1. komen hier weer terug

3. Verpleegkundige interventies

- Kennis dient op peil te worden gehouden
- Interventies zijn er wel, maar doen en bespreken gebeurt te weinig
- Valkuilen zijn:
 - Vooroordelen van VK kunnen rol spelen (eigen culturele achtergrond)
 - Weinig tijd voor een goed gesprek Interventies zijn nodig na operatieve ingrepen (is daar wel tijd voor?).
 - Niet goed luisteren naar de patiënt
- Ontbreken van creëren van een veilige, privacy omgeving (bv. meer eenpersoonskamers)
- Ontbreken van vertrouwensband bij kortdurende interventies
- Ontbreken van randvoorwaarden door cultuur in de organisatie
- Ontbreken van de borging/inbedding in het zorgproces
- Inbedding in intake ontbreekt (verplicht hier een vraag over stellen en aankruisen)
- Praktische problemen bij dossiervorming (privacy bescherming) en bespreking (hoe bespreek je het met familie/volwassen kinderen erbij?)

4. Doorverwijzen naar verdere hulp

- Afwezigheid van specialisten (bv. seksuologen) (naast seksuologen zijn er nu ook consultanten seksuele gezondheid (Ook NVVS geaccrediteerd; denk ook aan bekkenfysiotherapeuten, en urologen behandelingen om bv. erecties te bevorderen)
- Niet weten naar wie door te verwijzen, ontbreken sociale kaart (op NVVS site staat kaart met seksuologen, en ook consultants tzt; verwijzing websites bv. rutgers, sense, etc)
- Terugkoppeling naar huisarts is belangrijk
- Onduidelijkheid waar de grenzen van VP liggen
- Ontbreken van criteria (wat is aard van het probleem)
- Financiering aanvullende hulp niet in basispakket
- Zijn er middelen beschikbaar voor b.v. hulpmiddelen, sekswerker, pornolectuur of -film en is deze informatie goed te vinden
- Betrokkenheid van familie wel of niet?
- Ontbreken van bewustzijn t.a.v. van persoonlijke leefomgeving van de patiënt/cliënt: kloppen voor binnenkomst kamer wordt vaak vergeten binnen verpleeghuis sector
- Diverse elektronische zorgdossiers hebben standaard verpleegplannen waarin seksualiteit/intimiteit geen standaard item is

5. Traumatische ervaringen

- Heeft negatieve impact op de zorg en de VK: hoe ga je hiermee om?
- Professionele attitude, overdracht- en tegenoverdracht is belangrijk (wat doet het met mij als VK?)

- VK is niet voldoende toegerust om problematiek bij getraumatiseerde patiënten te signaleren en erover te praten: het signaleren van een trauma is goed, maar het verder bespreken en uitvragenlijst me geen taak voor de VK, maar eerder voor een arts

6. Diversiteit

- Ontbreken van sensitiviteit bij diverse groepen (culturen, seksualiteit, LGBT, etc.). Hierbij spelen een rol: eigen achtergrond, de normen van de zorginstelling hierin. Denk hierbij ook aan LHBTI groepen gevoelens

7. Partner betrekken

- Er is gebrek aan aandacht voor de partner. In veel verpleegkundige zorg is er veel aandacht voor de partner. Soms is dat niet mogelijk omdat behandelrelatie met partner ontbreekt. Verwijzing naar andere behandelaar (arts/specialist) is dan aangewezen.
- Faciliteiten hiervoor ontbreken soms

8. Reflectie/ jezelf kennen

- Bewustzijn van je eigen normen en waarden als professionals is belangrijk

9. Grensoverschrijdend gedrag overlap met traumatische ervaringen

- Seksuele ontremdheid, met name bij dementie en/of gebruik medicatie Parkinson
- Hoe zorg voor veiligheid van de persoon zelf, maar ook de ander in welke setting?
- Tot hoever laat je intimiteit tussen 2 cliënten toe; hoe voorkom je tijdig dat het grensoverschrijdend wordt
- Misbruik bij cliënt in verleden of heden
- Negatieve ervaringen bij zorgverlener

10. Overig

- Ook palliatieve zorg (bij chronische ziekten, binnen Hospice setting) moet aandacht rijgen.
- Grensoverschrijdend gedrag: seksuele ontremdheid (seksuele ontremdheid als reactie op ziekte of medicatie kunnen wij seksueel disfunctioneren noemen?)
- Aandacht voor de volgende stap na een ingreep, weten welke volgende stap nodig is en dan bespreken.
- Gebrek aan instellingsbeleid bij bovenstaande knelpunten
- Patiënten missen praktische tips hoe ze toch kunnen genieten van seksualiteit ondanks de beperking

Knelpunten per setting

1. Opnameduur Moment van bespreken is van belang:

- Bij acute, kortdurende zorg is er weinig tijd om seksualiteit te bespreken
- Ook bij langdurige zorg is timing belangrijk
- Bespreken integreren in de zorg en niet als losstaande item zien.

2. Langdurige zorg

- 1-persoonsbed bij langdurige zorg (overigens ook in verpleeghuissetting een knelpunt).
- In verpleeghuissetting bij langdurige opname is extra aandacht nodig voor partner
- Extra aandacht is nodig voor de partner daar de opname in een chronische setting een ongewilde scheiding van een koppel met zich meebrengt.

- In verpleeghuissetting bespreekt arts vaak niet welke bijwerkingen medicatie of behandeling kan hebben ten aanzien van seksualiteit

Aanvullingen nav achterbanraadplegingen werkgroep- en adviesgroep leden

- Effectonderzoek ontbreekt: RCT bespreekbaar maken versus niet bespreekbaar maken. In veelheid van problematiek op de ziekte (in dit geval (pre)dialyse) krijgt het nu weinig aandacht. (red. omdat dus ook niet is aangetoond is dat het werkt).
- Is de zorg voor seksuele gezondheid opgenomen in de visie/het beleid/protocollen?

Aanvullingen (gynaecoloog J. Dijkstra)

Wellicht hebben jullie het al gedaan maar als je het PLISSIT model van Annon ernaast legt, kun je vrij eenvoudig en overzichtelijk de knelpunten indelen: Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy, waarbij de verpleegkundige mijns inziens zich vooral toelegt op de eerste 2. Het streven moet volgens mij niet zijn dat ze problemen ook daadwerkelijk oplost, maar dat ze kan en durft te signaleren en hier ook iets mee kan, dus weet wat de sociale kaart is, weet wat er in evt. voorlichtingsmateriaal staat etc. in een van de knelpunten staat benoemd dat er speciale anamnestiche vaardigheden nodig zijn, hier ben ik het niet mee eens. Iedereen kan vragen naar seksualiteit, net zo makkelijk als het uitvragen van een pijnscore. Vaak ontbreekt echter de kennis om de juiste woorden te gebruiken, het seksuele script is afwezig maar het vergt geen andere anamnestiche vaardigheden!

Aanvullingen vanuit verpleegkundigen achterban

Er is kennisgebrek bij verpleegkundigen én bij verzorgenden. In het algemeen denk ik dat we binnen de werkgroep nu uit gaan vanuit het perspectief van verpleegkundigen (niveau 4 en 6), maar de opdracht voor de richtlijn komt vanuit V&VN: dus ik denk dat we de verzorgenden (niveau 3) ook steeds mee moeten nemen bij het ontwikkelen van deze standaard.

Aanvullingen verpleegkundigen

men denkt ook al na over aanpak/oplossingen over de knelpuntenfase heen maar het blijven denk ik zinvolle tips voor een latere fase van onze klus.

- Unaniem wordt rolduidelijkheid genoemd; wie doet wat, wanneer en waarom? Als een onderwerp niet van toepassing is voor de vpk/vz, is een soort stroomschema dan handig?

Oplossingsgerichte reacties (als antwoord op de knelpunten)

- Tijdsrestrictie wordt gemakkelijk genoemd bij lastige onderwerpen. Moet/kan deze vlucht/smoes specifiek worden geduid als zodanig en formeel worden gediskwalificeerd in de standaard?
- Zijn bestaande vragenlijsten/lastmeter (bv. voor oncologie en seksualiteit) aan te passen naar meer algemene vragen die breder kunnen worden gebruikt?
- Het geven van voorbeeldzinnen om een gesprek te openen kan bijzonder helpend zijn voor vpk/vz.
- Het advies om door te vragen bij emoties -plus weer voorbeeldzinnen- is ook helpend.
- Bij voorlichting over de effecten van een behandeling/opname/verblijf, onderscheid maken tussen korte termijn en lange termijn effecten op seksualiteit?

Volgende punten van lid adviesgroep: Iwona de Jonge-Kramar

Ad 1. Actief bespreken

- Altijd bij iedere patiënt toestemming vragen voor gesprek over seksualiteit en seksuele gezondheid.
- Anonimiteit waarborgen.
- Doorvragen of er überhaupt problemen zijn met seksualiteit en seksuele gezondheid?
- Is het probleem voor patiënt of voor hulpverlener?

- Als het probleem voor patiënt is, hoe belangrijk is het voor de patiënt?
- Wil cliënt hulp bij deze problematiek inschakelen via VPK, ARTS dan pas overleggen verwijzing naar klinisch psycholoog, seksuoloog etc.)
- Altijd bij cliënt vragen hoe belangrijk is seksualiteit voor de cliënt.

Ad 2. Signaleren

- Bij jongeren begeleiden: Sense vragen.

Ad 3. Verpleegkundige interventies

- Ontbreken van creëren van een veilige, privacy omgeving (bv. meerpersoonskamers) Ruimte creëren
- Ontbreken van vertrouwensband bij kortdurende interventies: Is dan perse nodig bij kortdurende interventies om over seksualiteit gesprek te hebben?
- Praktische problemen bij dossiervorming (privacy bescherming) en bespreking (hoe bespreek je het met familie/volwassen kinderen erbij?) NOOIT DOEN, allen na het toestemming van de patiënt.
- Casus: man 60 jaar, getrouwd, 2 volwassene kinderen verschijnt op de soa poli voor STI test. Client gaf aan sinds 5 jaar geen seks met vaste vrouwelijke partner te hebben gehad. Hij gaat regelmatig naar de gay sauna en heeft seks met mannen. Niemand weet het, vaste partner en kinderen en vooral zijn huisarts niet. Client heeft vertrouwen in GGD en soa verpleegkundige, want op de soa POLI zijn alle cliënten anoniem, en informatie die tijdens STI test verzameld worden over seksualiteit zonder toestemming van de cliënt worden met niemand gedeeld. Soa verpleegkundige mag zelf geen informatie verstrekken of iemand was op soa getest en cliënt van soa polikliniek is. Als deze man wordt in ziekenhuis opgenomen, op basis van informatie uit dossier (getrouwd, woont samen met zijn partner, 2 volwassen kinderen) wordt er automatisch gedacht dat deze cliënt heteroseksueel is. En hij is dus niet en hij wilt het met niemand delen dat hij op mannen valt.

Ad 4. Doorverwijzen naar verder hulp

- Verwijzing altijd naar de arts – behandelaar
- Terugkoppeling naar de huisarts ALLEEN na toestemming van de cliënt zelf.(zie casus).

Ad 5. Traumatische ervaringen

- Heeft negatieve impact op de zorg en de VK: hoe ga je hiermee om? Probleem analyse – is er traumatische seksuele ervaring, als ja vooral niet op details van traumatische ervaring gaan , maar vragen of het probleem is voor de patiënt en of hij hier hulp zou willen hebben en met iemand – psycholoog, arts erover wilt pratten. Verpleegkundige is geen psychotherapeut om trauma met patiënt in details te bespreken. Bij vraag voor hulp- verwijzing naar de behandelaar (arts) toe en hij verwijst cliënt verder door naar psycholoog.

Ad 6. Diversiteit

Is er behoefte bij de patiënt om met de hulpverleners(verpleegkundigen) zijn identiteit te delen, als bvb. vaste vrouwelijke partner van de patiënt weet niet dat de patiënt seks met mannen heeft, en is dus BI-seksueel. Hij houdt het geheim voor buitenwereld familie, zij huisarts, de artsen in ziekenhuis en verpleeghuis. Waarom denken hulpverleners dat patiënten graag willen met hulpverleners over zijn seksuele identiteit en seksuele voorkeurs te praten? In ziekenhuis, verpleeghuis zijn patiënten niet anoniem.

Ad 7. Partner betrekken

Altijd patiënt voor toestemming vragen of hij het goed vind (zie casus) om zijn seksuele problemen met zijn partner te bespreken. Vaak is het juist NIET goed idee.

Ad 9. Grensoverschrijdend gedrag

- Tot hoever laat je intimiteit tussen 2 cliënten toe; hoe voorkom je tijdig dat het grensoverschrijdend wordt: patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor zijn gedrag

Knelpunten per setting

Ad. 1 Opname duur

- Bij acute, kortdurende zorg is er weinig tijd om seksualiteit te bespreken dus het is niet nodig om te doen

Ad. 2. In verpleeghuissetting bij langdurige opname is extra aandacht nodig voor partner wat wil je daarmee bereiken? Is het ook een probleem voor patiënt?

Harteraad

- Ik mis het onderwerp medicijnen; zo kunnen veel bloeddrukverlagende medicijnen, zoals alfa- en bètablokkers, kalmerende middelen, antidepressiva en slaapmiddelen erectieproblemen geven. Ook kunnen ze bij vrouwen een droge vagina veroorzaken. Bij medicijnen ligt het voor de hand om mensen te verwijzen naar hun voorschrijver of apotheek
- Harteraad, en ik vermoed ook andere patiëntenorganisaties, hebben informatiemateriaal over seksualiteit en intimiteit. Ook hier kan naar verwezen worden; dit is een laagdrempelige eerste stap om het onderwerp bespreekbaar te maken. Zie <https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/06/Folder-Intimiteit-en-seksualiteit.pdf> en http://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/Brochure_Seksualiteit_en_Beroerte.pdf

Spierziekten

Verder valt het mij op dat veel van deze knelpunten geformuleerd zijn (of althans dat lijkt zo) vanuit het perspectief vanuit zorgverleners. Klopt dat? En ik neem aan dat er nog meer patiëntenverenigingen aanvullingen geven? Wij weten namelijk ook niet alles wat hierin speelt.

Bijlage 7

Verantwoording per module

Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO).

Zoekstrategie

Om de uitgangsvragen te kunnen beantwoorden, is door de informatiespecialist van het Trimbos-instituut op systematische wijze een literatuuronderzoek verricht en is een selectie gemaakt volgens vooraf vastgestelde selectiecriteria. Er is één brede search uitgevoerd naar systematische reviews en bestaande richtlijnen gepubliceerd in het Engels en Nederlands vanaf publicatiejaar 2004. De zoekopdracht is uitgevoerd in de databases Cinahl, Cochrane, DARE, PsycINFO en Pubmed en relevante richtlijn databases zoals Guidelines International Network (GIN).

Bij de selectie van artikelen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Geeft het onderwerp van het gevonden onderzoek voldoende antwoord op de uitgangsvraag?;
- Sluit de doelgroep van het gevonden onderzoek voldoende aan bij de doelgroep van de richtlijn?;
- Is er sprake van een evidence based richtlijn of systematic review van verschillende type onderzoek: randomised controlled trial (RCT), cohort onderzoek, cross-sectioneel onderzoek, patiëntcontrole onderzoek of wetenschappelijke verantwoord kwalitatief onderzoek?

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd voor de periode: 01-01-2004 t/m 22 mei 2021 (talen: Engels en Nederlands) in de databases Pubmed, Cinahl, PsycInfo en DARE. Hieronder volgt een overzicht van de zoekstrategieën in deze databases.

Zoekstrategie in PubMed

Zoektermen						
Thema		Subgroepen		Zorgprofessional		Studiedesign
sexual* [tiab] OR sex [tiab] OR seks [tiab]	AND	Cancer [tiab] OR Neoplasms [tiab] OR Neoplasms [mesh] OR Oncolog* [tiab] OR Elderly [tiab] OR Aged [tiab] OR Aging [tiab] OR Older [tiab] OR Geriatric psychiatry [mesh] OR gerontopsychiatry [tiab] OR Dementia [mesh] OR	AND	Nurs* [tiab] OR Nursing [mesh] OR Nursing [subheading]	AND	Review [pt] Meta-analysis [pt] Meta-analy* [tiab] Systematic review [sb]

		Dementia [tiab] Chronic disease [mesh] OR Chronic disease [tiab] OR Chronic illness [tiab] OR Chronic condition [tiab] OR Physical Disab* [tiab] OR Physical Handicap* [tiab] OR				
--	--	--	--	--	--	--

Zoekstrategie in Cinahl

Zoektermen						
Thema		Subgroepen		Zorgprofessional		Studiedesign
Sexual* [TI / AB] OR Sex [TI / AB] OR Seks [TI / AB] OR Sexual dysfunction, Male+ OR Sexual Dysfunction, Female+	AND	Cancer [TI / AB] OR Neoplasms [TI / AB] OR Neoplasms [MH] OR Oncolog* [TI / AB] OR Elderly [TI / AB] OR Aged [TI / AB] OR Older [TI / AB] OR Geriatric psychiatry [mesh] OR gerontopsychiatry [TI / AB] OR OR Dementia [MH] OR Dementia [TI / AB] Chronic disease [MH] OR OR Chronic disease [TI / AB] OR Chronic illness [TI / AB] OR Chronic condition [TI / AB] OR Physical Disab* [TI / AB] OR Physical Handicap* [TI / AB] OR	AND	Nurs* [TI / AB] OR OR Nursing [MJ]	AND	Review [pt] OR Review [TI / AB] Meta-analysis [pt] OR Meta-analy* [TI / AB] OR Systematic review [sb] OR Literature Review OR Cochrane Library OR Scoping Review OR

Zoekstrategie in PsycInfo

Zoektermen						
Thema		Subgroepen		Zorgprofessional		Studiedesign
Sexual* [TI / AB] OR Sex [TI / AB] OR Seks [TI / AB] OR	AND	Cancer [TI / AB] OR Neoplasms [DE / TI / AB] OR OR Oncolog* [TI / AB] OR Aging+ [DE] Elderly [TI / AB] OR Aged [TI / AB] OR Aged (attitudes toward) [DE] OR Gerontology [DE] OR Geriatrics+ [DE] Older [TI / AB] OR Gerontopsychiatry [TI / AB] OR Dementia [DE] OR Dementia [TI / AB] Chronic disease [DE] OR Chronic disease [TI / AB] OR Chronic illness [TI / AB] OR Chronic condition [TI / AB] OR Physical Disab* [TI / AB] OR Physical Handicap* [TI / AB] OR Disability Management [DE] OR Disabilities [DE] OR Disabled (Attitudes toward) [DE]	AND	Nurs* [TI / AB] OR OR Nursing [DE] OR Nursing Education [DE] OR Nurses [DE]	AND	Review [TI / AB] Meta-analysis [TI / AB] OR Systematic review [DE] OR Literature Review [DE] OR

Zoekstrategie in DARE

In DARE is slechts één zoekterm mogelijk. Gezocht op 'sex*'. Vervolgens is handmatig geselecteerd op de relevante tijdsperiode.

Selectiestrategie

Bij de selectie van artikelen is gebruik gemaakt van de criteria in de review protocollen (zie 5.3 en 5.4). De eerste selectie op titel en abstract is uitgevoerd door één wetenschappelijk medewerker, de full tekst artikelen onafhankelijk van elkaar door twee wetenschappelijk medewerkers, vervolgens zijn de resultaten van de selectie vergeleken en verschillen kritisch bekeken.

Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

In de hoofdstukken waarin de bevindingen van de uitgangsvragen worden beschreven, is de kwaliteit van een richtlijn beoordeeld aan de hand van het AGREE2¹¹ instrument en de aanbevelingen van de desbetreffende richtlijn in het resultaten paragraaf gepresenteerd. Voor de systematische reviews en meta-analyses geldt dat methodologische kwaliteit is beoordeeld met behulp van de AMSTAR¹² checklist. Er zijn ook narratieve inschattingen gemaakt over de kwaliteit als er (nog) geen beschikbare methode was, zoals bij evidentie over diagnostische accuratesse. Het studiedesign van de geïnccludeerde onderzoeken bepaalt de uitgangspositie van de kwaliteit van bewijs. Gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) hebben over het algemeen meer bewijskracht dan observationele studies. Daarom is hun uitgangspositie hoog, terwijl de uitgangspositie van observationele studies laag is. De kwaliteit van het bewijs per uitkomstmaat wordt, behalve door de methodologische kwaliteit van de individuele onderzoeken, ook bepaald door andere factoren, zoals de mate van consistentie van de gevonden resultaten uit de verschillende onderzoeken en de precisie van de gevonden uitkomst.

Samenvatten van de resultaten

Van elk geselecteerd artikel is een samenvatting gemaakt in een zogeheten evidentietabel, waarin de belangrijkste kenmerken van individuele onderzoeken zijn opgenomen (zoals doel van het onderzoek, het onderzoeksdesign, aantal patiënten, de patiëntkenmerken, type instrument, de uitkomstmaten en de resultaten). De resultaten van onderzoeken zijn op beschrijvende wijze samengevat.

Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn gebaseerd op enerzijds wetenschappelijk bewijs, en anderzijds op overige overwegingen, zoals: praktijkervaringen van de werkgroep leden, ervaringen en voorkeuren van cliënten en familie, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Deze laatste zijn opgenomen onder het kopje 'Overige overwegingen'.

Methoden voor het opstellen van praktijkoverwegingen en aanbevelingen

Voor de formulering van praktijkoverwegingen en aanbevelingen heeft de werkgroep gebruik gemaakt van de checklist Van bewijs naar aanbeveling (zie hieronder).

¹¹ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument

¹² AMSTAR: A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

Algehele kwaliteit van bewijs	Hoog / Laag
-------------------------------	-------------



Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling		
Factoren	Beslissing	Toelichting
1. Kwaliteit van het bewijs Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
3. Patiënten perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
4. Professioneel perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
5. Middelenbeslag Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
6. Organisatie van zorg Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
7. Maatschappelijk perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.



Sterkte van de aanbeveling	Sterk / Zwak / Geen
----------------------------	---------------------

Toelichting bij factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling

1. Kwaliteit van bewijs

Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Hoe groter het verschil is tussen de gewenste en ongewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling. Hoe kleiner dit verschil of hoe meer onzekerheid over de grootte van het verschil, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel.
- Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie
- Aanwezigheid van co-morbiditeit.
- Klinisch niet relevantie van het effect

3. Patiënten perspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling..

4. Professioneel perspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van professionals ten aanzien van de toepasbaarheid van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

Toelichting:

- Kennis en ervaring met technieken / therapieën
- Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie
- Verwachte tijdbesparing
- Verlies aan tijd door het invoeren van de interventie

5. Middelenbeslag

Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie), des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling..

6. Organisatie van zorg

Hoe meer onzekerheid of de geëvalueerde interventie daadwerkelijk op landelijke schaal toepasbaar is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- De beschikbaarheid / aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen
- De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden / grootte van de verandering in de organisatie-zorgproces / infrastructuur voor implementatie

-
- Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.
-

7. Maatschappelijk perspectief

(Juridische overwegingen / ethische overwegingen / industriële belangen / vergoeding door verzekeraars / politieke en strategische consequenties)

Hoe groter de onzekerheid hierover is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal deze laatste behandeling mogelijk de voorkeur hebben.
-

Formuleren van aanbevelingen

De sterkte van een aanbeveling reflecteert de mate van vertrouwen waarin voor de groep van patiënten voor wie de aanbevelingen zijn bedoeld, de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten.

Implicaties van een sterke aanbeveling

Patiënten

De meeste patiënten willen de aanbevolen actie en enkel een klein deel niet.

Clinicus

De meeste patiënten zouden volgens de aanbeveling behandeld moeten worden.

Beleidsmakers

De aanbeveling kan worden voorgeschreven als beleid in de meeste situaties.

Implicaties van een zwakke (conditionele) aanbeveling

Patiënten

De meerderheid van de patiënten wil de aanbevolen actie, maar een groot deel niet.

Clinicus

Ben voorbereid om patiënten te ondersteunen een beslissing te maken die past bij hun eigen waarden en voorkeuren.

Beleidsmakers

Discussie met en betrokkenheid van stakeholders is hier van belang.

Bij sterke aanbevelingen is het gebruik van termen zoals 'dienen of behoren' aan te raden, en bij zwakke aanbevelingen voor de term 'overwegen'. Waarbij het bij zwakke (conditionele) aanbevelingen

Sterkte van aanbeveling

Voorkeursformulering

Sterkte van aanbeveling	Voorkeursformulering
Sterk	Positieve aanbeveling: aan te bevelen / dient / behoort/ moet / is eerste keuze / is geïndiceerd/ is vereist / is de standaard / wordt als standaard beschouwd

	Negatieve aanbeveling: te ontraden / dient niet / moet niet / is geen keuze / is gecontraïndiceerd
Zwak	Positieve aanbeveling: (Te) overwegen / is een optie / kan/ er is mogelijk plaats / kan zinvol zijn Negatieve aanbeveling: Is wellicht geen plaats / lijkt niet zinvol / is terughoudendheid geboden
Geen	Kan geen advies of aanbeveling worden gegeven / niet mogelijk een keuze te maken / er is geen voorkeur uit te spreken

Verantwoording module Signaleren en diagnostiek veranderd seksueel functioneren

Uitgangsvragen

De onderstaande uitgangsvragen worden beantwoord in Hoofdstuk 3.

1. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderd seksueel functioneren?

4. Welke diagnostische instrumenten kan de verpleegkundige/verzorgende inzetten om, ten aanzien van veranderd seksueel functioneren, de juiste verpleegkundige diagnose te stellen??

Voor de literatuursearch en selectie is onderstaand reviewprotocol opgesteld. Omdat deze richtlijn zich op een aantal brede doelgroepen richt, is ervoor gekozen om bij de wetenschappelijk onderbouwing van de uitgangsvragen alleen bestaande richtlijnen en reviews (meta-analyses, systematische reviews en narratieve reviews) te includeren.

Reviewprotocol uitgangsvragen 1 en 4

Hoofdstuk 3	Signaleren en diagnostiek van veranderd seksueel gedrag
Uitgangsvragen	1. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderd seksueel functioneren? 4. Welke diagnostische instrumenten kan de verzorgende / verpleegkundige inzetten om, ten aanzien van veranderd seksueel functioneren, de juiste verpleegkundige diagnose te stellen?
Criteria voor inclusie van studies in de review	
• <i>Populatie</i>	Patiënten, cliënten of bewoners met een chronische ziekte (in het bijzonder kanker) of lichamelijke beperking en ouderen, waarbij: 1. veranderd seksueel functioneren gesignaleerd dient te worden door verpleegkundigen. 2. een verpleegkundige diagnose gesteld moet worden ten aanzien van veranderd seksueel functioneren.
• <i>Interventie</i>	1. middelen om veranderd seksueel functioneren te signaleren. 2. screening en diagnostische instrumenten.

• <i>Vergelijking</i>	-
• <i>Kritische /Belangrijke Uitkomstmaten</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lijst met signalen voor veranderd seksueel functioneren 2. Diagnostische waarde (sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde) van screening of diagnostische instrumenten.
• <i>Studiedesign</i>	Richtlijnen, systematische reviews of diagnostische accuratesse onderzoek.
• <i>Minimum omvang steekproef</i>	-
Databases searched	• PubMed, Cinahl, PsycInfo, DARE
Data searched	-
De review strategie	<p>Er zal informatie gezocht worden in bestaande richtlijnen. Hiervoor wordt gezocht in de richtlijndatabase van het V&VN, NHG, medisch specialisten en GIN. De zoektermen 'sex', 'seks', 'sexual', 'seksueel' of 'seksuele' gebruikt in de titel of thema. Ook wordt er gekeken binnen Nederlandse richtlijnen gericht op de 3 subgroepen (oncologie, ouderen en chronische aandoeningen) of er informatie is opgenomen over seksualiteit. De bevindingen zullen narratief samengevat worden in de richtlijntekst.</p> <p>Tevens zal er een search uitgevoerd worden in Pubmed, Cinahl, PsycInfo en DARE naar reviews (meta-analyses, systematische reviews en narratieve reviews) die in de afgelopen 15 jaar zijn gepubliceerd om een antwoord op de uitgangsvraag te formuleren. Er zal gezocht worden op een combinatie van termen gerelateerd aan het thema (seksueel functioneren), de subgroepen (oncologie, ouderen en chronische aandoeningen / lichamelijke beperking) en de zorgprofessional (verpleegkundigen) (zie bijlage 1 voor de zoekstrategie). De reviewer maakt een selectie uit de aldus gevonden literatuur: eerst op basis van titel en abstract en vervolgens op basis van de fulltext artikelen. De gevonden reviews zullen worden beoordeeld (risk of bias) aan de hand van de AMSTAR checklist.</p> <p>Ook bestaat er de mogelijkheid dat het antwoord wordt geformuleerd door literatuur die door experts in de werkgroep is aangedragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mbt signalen geldt aanvullend: Er wordt practice-based kennis verzameld (kwalitatieve data verzameling) door middel van een focusgroep met professionals. De werkgroep en medewerker van het Trimbos bepalen gezamenlijk welke vragen of thema's voorgelegd worden aan een focusgroep. De werkgroep doet suggesties voor het uitnodigen van deelnemers voor de focusgroep. De voorkeur heeft een gemêleerde samenstelling van de focusgroep (vertegenwoordigers van de verschillende doelgroepen). Tevens zal practice-based kennis verzameld worden bij de experts (hulpverleners die ervaring hebben met het signaleren, diagnosticeren en bespreken van veranderd seksueel functioneren bij ouderen,

	<p>mensen met een chronische aandoening of een lichamelijke beperking) uit de werkgroep.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voor diagnostische instrument geldt aanvullend: De verpleegkundige classificatiesystemen voor diagnoses (NANDA) en interventies (NIC) worden geraadpleegd om informatie over diagnostische instrumenten en het inzetten hiervan te verkrijgen.
--	---

Literatuursearch en selectie

Vanuit de in paragraaf 5.1 beschreven brede search werden na ontdubbelen 741 titels en samenvattingen gevonden (aantal per database: 348 in Pubmed, 203 in CiNAHL, 104 in PsycINFO, en 193 in DARE). Na een eerste selectie werden er 10 reviews geëxcludeerd omdat het reviews betrof die niet op systematische wijze waren uitgevoerd (Darst, 2007) (Krebs, 2008) (Hughes, 2008) (Madsen & Ganey-Code, 2006) (Barton, Wilwerding, Carpenter, & Loprinzi, 2004) (Weinstein Dunn, 2015) (Jonsdottir, Jonsdottir, & Klinke, 2018) (Krebs, 2007) (Whitehouse, 2009) (Hardin, 2007). Uiteindelijk zijn voor uitgangsvraag 1 twee systematische reviews (Dow & Kennedy Sheldon, 2015; Taylor et. al.,2011) geïnccludeerd. Voor uitgangsvraag 4 zijn geen studies geïnccludeerd en is gebruik gemaakt van verpleegkundige classificatiesystemen voor diagnoses (NANDA) en interventies (NIC).

Evidencetabel uitgangsvraag 1 Signaleren van veranderd seksueel functioneren

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Omvang studie	Kenmerken subjecten	Uitkomstmaten	Resultaten (gebruikte meetinstrumenten)	Opmerkingen
(Dow & Kennedy Sheldon, 2015) A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions.	Laag	Narratieve systematische review	4 cohorten met in totaal 522 deelnemers	Vrouwen genezen van borstkanker	Verschillende vragenlijsten gerelateerd aan seksueel functioneren	Brief Fatigue Inventory, Brief Pain Inventory, BSI-18, Derogatis Inventory of Sexual Functioning-Brief Form, FACT-B, Post-Traumatic Growth Inventory, Quality of Marriage Index, Rotterdam Symptom Checklist. FACT-B, FSFI, Functional Assessment of Cancer Therapy-Endocrine System, Hospital Anxiety and Depression Scale, Sexual Activity Questionnaire, Visual Analogue Score Pain Assessment of Dyspareunia. Cancer Rehabilitation Evaluation System, Mental Health Index-32, Revised Dyadic Adjustment Scale. BSI-18, FSFI, Menopausal Sexual Interest Questionnaire, Quality of Life in Adult Cancer Survivors	Door gebrek aan reviews naar instrumenten om seksueel functioneren te meten zijn interventie studies gebruikt om de instrumenten te identificeren
(Taylor, Harley, Ziegler, Brown, & Velikova, 2011) Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review	Laag	Narratieve systematische review	21 studies	Vrouwen met seksuele problemen na behandeling voor borstkanker	Seksueel functioneren gerapporteerd door de patiënt	Diverse instrumenten om seksueel functioneren te meten, zie artikel table 3 voor uitgebreide beschrijving.	

BSI-18—Brief Symptom Inventory-18; FACT-B—Functional Assessment of Cancer Therapy—Breast; FSFI—Female Sexual Function Index;

Tabel Kwaliteitsbeoordeling reviews uitgangsvraag 1 Signaleren van veranderd seksueel functioneren

Amstar criteria	(Dow & Kennedy Sheldon, 2015) A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions.	(Taylor, Harley, Ziegler, Brown, & Velikova, 2011) Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	No	Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No	No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No	Yes
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	No	Yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	No	No
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	No	Yes

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	No	Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? RCTs NRSI	No No	Yes Yes
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? RCTs NRSI	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	No	No
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Yes	Yes
Conclusion	Critically low quality review	Low quality review

Verantwoording module bespreken en relevante verpleegkundige interventies*Uitgangsvragen*

De onderstaande uitgangsvragen worden beantwoord in Hoofdstuk 4.

2. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met een patiënt bespreken?
3. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?
6. Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?

Voor de literatuursearch en selectie is onderstaand reviewprotocol opgesteld. Omdat deze richtlijn zich op een aantal brede doelgroepen richt, is ervoor gekozen om bij de wetenschappelijk onderbouwing van de uitgangsvragen alleen bestaande richtlijnen en reviews (meta-analyses, systematische reviews en narratieve reviews) te includeren.

Reviewprotocol uitgangsvragen 2, 3 en 6

Hoofdstuk 4	Bespreken en relevante verpleegkundige interventies
Uitgangsvragen	2. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met een patiënt bespreken? 3. Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen? 6. Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?
Criteria voor inclusie van studies in de review	
• <i>Populatie</i>	Patiënten, cliënten of bewoners met een chronische ziekte (in het bijzonder kanker) of lichamelijke beperking. En ouderen.
• <i>Interventie</i>	Verpleegkundige interventies voor veranderd seksueel functioneren.
• <i>Vergelijking</i>	Geen interventie, Treatment As Usual (TAU), Verpleegkundige interventies voor veranderd seksueel functioneren.
• <i>Kritische /Belangrijke Uitkomstmaten</i>	-Kwaliteit van leven -Seksueel functioneren -Verbeterde omgaan met seksuele problematiek
• <i>Studiedesign</i>	Richtlijnen Reviews Literatuur aangedragen door experts NIC classificatie van verpleegkundige interventies
• <i>Minimum omvang steekproef</i>	-
Databases searched	• PubMed en Cinahl, Psychinfo en DARE.
Data searched	-

De review strategie	<p>De uitgangsvragen zullen beantwoord worden aan de hand van gevonden richtlijnen. Hiervoor wordt gezocht in de richtlijndatabase van het V&VN, NHG, medisch specialisten en GIN. De zoektermen 'seks', 'sex', 'sexual', 'seksueel' of 'seksuele' gebruikt in de titel of thema. Ook wordt er gekeken binnen Nederlandse richtlijnen gericht op de 3 subgroepen (oncologie, ouderen en chronische aandoeningen) of er informatie is opgenomen over seksualiteit. De bevindingen zullen narratief samengevat worden in de richtlijntekst.</p> <p>Voor uitgangsvraag a. zal ook de verpleegkundige classificatiesysteem voor interventies (NIC) geraadpleegd worden.</p> <p>Er zal een search uitgevoerd worden in Pubmed, Cinahl, Psychinfo en DARE naar reviews (meta-analyses, systematische reviews en narratieve reviews) die in de afgelopen 15 jaar zijn gepubliceerd om een antwoord op de uitgangsvraag te formuleren. Er zal gezocht worden op een combinatie van termen gerelateerd aan het thema (seksueel functioneren), de subgroepen (oncologie, ouderen en chronische aandoeningen/ lichamelijke beperking) en de zorgprofessional (verpleegkundigen) (zie bijlage 1 voor een concept zoekstrategie in PubMed). De reviewer maakt een selectie uit de aldus gevonden literatuur: eerst op basis van titel en abstract en vervolgens op basis van de fulltext artikelen. De gevonden reviews zullen worden beoordeeld (risk of bias) aan de hand van de AMSTAR checklist.</p> <p>Ook bestaat er de mogelijkheid dat het antwoord wordt geformuleerd door literatuur die door experts in de werkgroep is aangedragen.</p>
---------------------	--

Literatuursearch en selectie

Vanuit de in paragraaf 5.1 beschreven brede search werden na ontdubbelen 741 titels en samenvattingen gevonden (Aantal per database: 348 in Pubmed, 203 in CiNAHL, 104 in PsycINFO, en 193 in DARE). Na een eerst selectie werden er voor de tweede uitgangsvraag 33 reviews (Beck & Justham, 2009) (Hughes, 2009) (Galbraith & Crighton, 2008) (Krebs, 2008) (Kagan, Holland, & Chalian, 2008) (Bolte & Zebrack, 2008) (Stilos, Doyle, & Daines, 2008) (Bruner & Calvano, 2007) (Darst, 2007) (Mick, 2007) (Wilmoth, 2007) (Madsen & Ganey-Code, 2006) (Marrs & Krebs, 2006) (Barton, Wilwerding, Carpenter, & Loprinzi, 2004) (Johnson, 2004) (Weinstein Dunn, 2015) (Whitehouse, 2009) (Bostock & Kralik, 2008) (Goodell, 2007) (Ortiz, 2007) (Hardin, 2007) (Shell, 2007) (Steinke, 2013) (Grandjean & Moran, 2007) (Krebs, 2007) (Dibble, Eliason, & Christiansen, 2007) (Junkin & Beitz, 2005) (Williams, 2004) (Johnson, 2004) (Woodhouse & Baldwin, 2008) (Stausmire, 2004) (Rheaume & Mitty, 2008) (Hajjar & Kamel, 2004) geëxcludeerd en voor uitgangsvraag 6 acht reviews (Bruner & Calvano, 2007) (Darst, 2007) (Newman, 2007) (Steinke, 2013) (Bostock & Kralik, 2008) (Ricciardi, Szabo, & Poulos, 2007) (Grandjean & Moran, 2007) (Stausmire, 2004) geëxcludeerd omdat het reviews betrof die niet op systematische wijze waren uitgevoerd

Voor **uitgangsvraag 2** zijn twee systematische reviews (Kotronoulas et al, 2009; Fletcher et al, 2009), een NHG-standaard Seksuele klachten (2015) en een zorgstandaard Seksuele disfuncties (Akwa, 2018) geïnccludeerd.

Voor **uitgangsvraag 3** zijn geen studies geïnccludeerd.

Voor **uitgangsvraag 6** zijn twee richtlijnen (Barbera et al., 2017) (Carter et al., 2018) geïnccludeerd en zes systematische reviews (Kim, Yang, & Hwang, 2015) (Beesley et al., 2019) (Chow, H. Chan, & Chan, 2012) (Dow & Kennedy Sheldon, 2015) (Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013) (Chisholm, McCabe, Wootten, & Abbott, 2012).

Evidencetabel uitgangsvraag 2 Bespreken veranderd seksueel functioneren

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Omvang studie	Kenmerken subjecten	Onafhankelijke variabelen	Uitkomstmaten	Studie kenmerken	Resultaten	Opmerkingen
(Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009) Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence.	Laag	Systematische review	18 studies	Oncologie verpleegkundigen (kankerpatiënten)	Mate van bespreken seksueel functioneren (en vruchtbaarheidsvraagstukken).	Diverse	Studies zijn: descriptief, cross-sectioneel, correlatief, exploratief, survey.	Er wordt door oncologieverpleegkundigen nog te weinig actief gesproken met patiënten over seksueel functioneren en vruchtbaarheidsissues. Hiervoor worden 9 categorieën van oorzaken voor benoemd. Bij de bespreking van de implicaties staan aanwijzingen voor aanpak door verpleegkundigen.	AMSTAR: critically low quality review De aanbevelingen voor de praktijk / rol van verpleegkundige zijn niet op basis van evidentie uit de studies in de review. Deze kunnen naar de overige overwegingen.
(Fletcher et al., 2009) Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management.	Laag	Systematische review (maar met heel weinig info)	Onbekend	MS zorgprofessionals, waaronder verpleegkundige	-	Welke problemen kunnen worden verwacht in het Seksueel functioneren als gevolg van MS en hoe moet een multidisciplinair team dit oppakken.	Niet beschreven. Database: Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE via OVID en PubMed.	Onduidelijk hoe deze resultaten gelezen moeten worden. De rol van de verpleegkundige wordt besproken, maar zonder dat duidelijk is waar dit op gebaseerd is. Referenties ontbreken bij dit deel. Een tabel (box 1, pg 103) geeft een overzicht van aanbevolen vragen voor verpleegkundigen om seksueel functioneren in kaart te brengen.	AMSTAR: critically low quality review Onduidelijk hoeveel van de informatie over de rol van de verpleegkundige betrekking heeft op studies in de review. Naar overige overwegingen.

Tabel Kwaliteitsbeoordeling reviews uitgangsvraag 2 Bespreken veranderd seksueel functioneren

Amstar criteria	(Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009) Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence.	(Fletcher et al., 2009) Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management.
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	No	Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No	No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No	No
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Partial yes	Partial yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	No	No
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	No	No

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Partial yes	No
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? RCTs NRSI	Includes only NRSI No	No No
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? RCTs NRSI	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	No	No
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	No meta-analysis conducted	No meta-analysis conducted
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	No	Yes
Conclusion	Critically low quality review	Critically low quality review

Tabel Kwaliteitsbeoordeling richtlijn uitgangsvraag 2 Bespreken veranderd seksueel functioneren

AGREE criteria	NHG standaard seksuele klachten (2015)
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	Zeer eens

2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Zeer eens
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	Zeer eens
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.	Eens
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.	Oneens
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	Zeer eens
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Zeer oneens
8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Zeer eens
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.	Zeer eens
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	Zeer eens
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	Zeer eens

12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal.	Zeer eens
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	Zeer eens
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	Eens
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.	Eens
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	Zeer eens
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	Eens
18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.	Zeer eens
19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.	Eens
20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.	Oneens
21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	Oneens
22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.	Zeer eens
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.	Zeer eens
Algemeen oordeel	Sterk aan te bevelen

Evidencetabel uitgangsvraag 6 Verpleegkundige interventies

Referentie	Mate van bewijs	Studietype	Omvang studie	Kenmerken subjecten	Onafhankelijke variabelen / interventie	Uitkomstmaten	Studiekenmerken	Resultaten	Opmerkingen
(Kim, Yang, & Hwang, 2015) The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer	Laag	Systematische review met meta-analyse	15 studies	Patiënten met kanker en partners	Psycho-educatie over seksualiteit bij patiënten met kanker	Therapietrouw, fysiek, sociaal, cognitief en psychologisch functioneren	RCTs en non-RCTs	De interventies waren effectief op het gebied van therapietrouw, cognitief en psychologisch uitkomsten. Waarbij individuele interventies effectiever zijn dan in een groep. De interventies het beste door een verpleegkundige kan worden gegeven. En een gecombineerde aanpak van face-to-face en via telefoon of internet het beste werkt.	AMSTAR: low quality review
(Beesley et al., 2019) A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers	Redelijk	Systematische review	28 studies (5 reviews en 23 trials)	Patiënten met gynaecologische kanker en partners	Alle psychologische interventies	Divers	Reviews en allerlei onderzoeksesigns	Psycho-educatieve programma's verbeteren (ook op de lange termijn) fysieke aspecten van seksueel functioneren en bewegingsinterventies ter verminderen vermoeidheid. Verder zijn er indicaties dat nazorg geleverd door verpleegkundigen en CGT welzijn verbeteren. Bewijs ontbrak voor kwestie specifieke interventies voor gynaecologische kanker en behoeften van zorgverleners	AMSTAR: moderate quality review
(Chow, H. Chan, & Chan, 2012) Effects of psychoeducational interventions on	Redelijk	Systematische review met	11 studies	Patiënten met gynaecologische kanker	Psycho-educatie	Seksueel functioneren, Kwaliteit van leven en verschillende	RCTs	Depressieve symptomen verbeterde door de interventie maar kwaliteit van leven op bepaalde aspecten niet of was zelfs alleen de controle	AMSTAR: moderate quality review

Bijlage Verantwoording per module

Bijlagen 

sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer: A systematic review		meta-analyse				soorten psychologische uitkomsten.		interventie (informatievoorziening) effectiever. Er waren geen verbetering in de interventie groep op seksueel functioneren, angst, aanpassing aan de ziekte, stemming, zelfvertrouwen, onzekerheid en coping..	
(Dow & Kennedy Sheldon, 2015) A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions.	Laag	Review meetinstrumenten	4 studies	Patiënten die borstkanker hebben overleefd (ook koppels)	Verschillen de interventies	Seksueel functioneren	Effectstudies (non-RCTs)	Interventies gericht op paren zijn effectief gebleken bij het behandelen van seksuele disfuncties. Educatie kan een positief effect hebben op de resultaten van de patiënt. Voorlichting over mogelijke seksuele problemen kan disfunctie verminderen en de angst van patiënten verminderen.	AMSTAR: critically low quality review
(Lassen, Gattinger, Saxer, 2013) A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions	Redelijk	Systematische review	8 studies	Patiënten ouder dan 50 met prostatectomie behandeling voor prostaatkanker	Psycho-educatie	Urine en fecale incontinentie , seksueel functioneren	RCTs	Psychoeducatieve interventies kunnen urine-incontinentie, fecale incontinentie en seksueel functioneren enigszins verbeteren.	AMSTAR: moderate quality review
(Chisholm et al., 2012). Review: Psychosocial Interventions Addressing Sexual or	Laag	Systematische review	16 studies	Patiënten met prostaatkanker en partners	Psychosociale interventies	Seksueel functioneren, functioneren relatie	RCTs	Psychosociale interventies kunnen het seksuele functioneren van mannen verbeteren wanneer ze face-to-face worden aangeboden en wanneer complexere strategieën worden gebruikt om seksualiteit bij	AMSTAR: critically low quality review

Relationship Functioning in Men with Prostate Cancer									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mannen en in relaties aan te pakken. Er is geen doorslaggevend bewijs voor de effectiviteit van psychosociale interventies bij het verbeteren van de relatie of het seksuele of relationele functioneren van hun partners.

Tabel Kwaliteitsbeoordeling reviews uitgangsvraag 6 Verpleegkundige interventies

Amstar criteria	(Kim, Yang, & Hwang, 2015) The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer	(Beesley et al., 2019) A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers	(Chow, H. Chan, & Chan, 2012) Effects of psychoeducational interventions on sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer: A systematic review	(Dow & Kennedy Sheldon, 2015) A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions.	(Lassen, Gattinger, Saxer, 2013) A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions	(Chisholm et al., 2012). Review: Psychosocial Interventions Addressing Sexual or Relationship Functioning in Men with Prostate Cancer
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	No	No	Yes	No	Yes	Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No	No	Yes	No	No	No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Yes	Partial yes	Yes	No	Yes	Partial yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	No	Yes	Yes	No	Yes	No
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes	No	No	No	Yes	No
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No	No	No	No	Partial yes	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	No	No	Yes	No	Yes	Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? RCTs NRSI	Yes Yes	Partial yes Partial yes	Yes Includes only RCTs	No No	Yes Includes only RCTs	No Includes only RCTs
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No	No	No	No	No	No

<p>11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? RCTs NRSI</p>	<p>Yes Yes</p>	<p>No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted</p>	<p>Yes Includes only RCTs</p>	<p>No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted</p>
<p>12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?</p>	<p>Yes</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>Yes</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>
<p>13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?</p>	<p>Yes</p>	<p>Yes</p>	<p>Yes</p>	<p>No</p>	<p>Yes</p>	<p>No</p>
<p>14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?</p>	<p>Yes</p>	<p>Yes</p>	<p>Yes</p>	<p>No</p>	<p>Yes</p>	<p>Yes</p>
<p>15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study</p>	<p>Yes</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>No</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>	<p>No meta-analysis conducted</p>

bias) and discuss its likely impact on the results of the review?						
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes
Conclusion	Moderate quality review	Moderate quality review	Moderate quality review	Critically low quality review	Moderate quality review	Critically low quality review

Tabel Kwaliteitsbeoordeling richtlijnen uitgangsvraag 6 Verpleegkundige interventies

AGREE criteria	Richtlijn Barbera et al., 2017	Richtlijn Carter et al., 2018
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	Zeers	Zeers
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Ons	Ons
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	Zeers	Zeers
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.	Eens	Eens
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.	Zeers	Zeers
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	Ons	Ons
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Zeers	Zeers
8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Zeers	Zeers

9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.	Eens	Eens
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	Eens	Eens
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	Oneens	Oneens
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal.	Oneens	Oneens
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	Zeer eens	Zeer eens
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	Zeer oneens	Zeer oneens
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.	Eens	Eens
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	Zeer oneens	Zeer oneens
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	Zeer eens	Zeer eens

18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.	Oneens	Oneens
19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.	Oneens	Oneens
20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.	Oneens	Oneens
21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	Zeers oneens	Zeers oneens
22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.	Zeers oneens	Zeers oneens
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.	Zeers eens	Zeers eens
Algemeen oordeel	Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen)	Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen)

Bijlage 8

Juridische betekenis

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de kwaliteitsstandaard wordt afgeweken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijn in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

Bijlage 9

Kwaliteitsindicatoren

V&VN is bezig een Nationale Kernset van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) te ontwikkelen. De Nationale Kernset moet zorgen voor éénduidige taal binnen de Nederlandse verpleging en verzorging. Deze kernset bestaat uit patiëntproblemen, interventies, uitkomsten van zorg (zorgresultaten), observaties en meetinstrumenten (zie [Nationale kernset - Nictiz](#)).

Kernset interventies

De kernset interventies wordt stapsgewijs uitgebreid. De interventies van de volgende thema's zijn uitgewerkt: pijn (acuut en chronisch), wond, risico op delier, risico op vallen, risico op suïcide en psychosociale zorg. Bij het laatste thema psychosociale zorg zijn geen specifieke verpleegkundige interventies voor veranderende seksuele gezondheid geformuleerd. Op basis van deze richtlijn zou *'het bespreken van en psychoeducatie over veranderende seksuele gezondheid'* kunnen worden toegevoegd.

Kernset observaties

De kernset observaties beperkt zich tot de thema's wond, valrisico, delier, risico op suïcide. Op basis van deze richtlijn zou het thema *'veranderende seksuele gezondheid'* kunnen worden toegevoegd.

Kernset patiëntproblemen

De kernset patiëntproblemen is ontwikkeld om er voor te zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden eenduidige termen voor de patiëntproblemen gaan gebruiken bij de patiëntenzorg. In deze lijst zijn twee items opgenomen die gerelateerd zijn aan het onderwerp in deze richtlijn, te weten: probleem gerelateerd aan seksualiteit, probleem met seksuele ontwikkeling. In deze richtlijn hechten we eraan om niet te spreken van problemen met seksualiteit, maar veranderingen in seksualiteit. De term *veranderende seksuele gezondheid* zou hier meer geschikt voor zijn.

Kernset uitkomsten van de zorg

De kernset uitkomsten van zorg is ontwikkeld om er voor te zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden eenduidige termen voor de uitkomsten van zorg gaan gebruiken bij de patiëntenzorg. Op dit moment bevat de kernset alleen gezondheidsstatus en meetwaarde (pijnscores, DOSS). Bij een verdere uitwerking van deze kernset kan ook een *meetinstrument voor veranderende seksuele gezondheid* worden opgenomen.

Bijlage 10

Implementatie

1. Inleiding

Onderdeel van de richtlijn "Veranderende seksuele gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen", is het opleveren van een implementatieplan. In dit implementatieplan worden handvatten gepresenteerd die zorgprofessionals helpen om deze richtlijn in de dagelijkse praktijk te implementeren. Ook wordt omschreven wat de praktijk verder nog nodig heeft om deze richtlijn goed te implementeren, rekening houdend met huidige belemmeringen.

In dit implementatieplan komen de volgende onderwerpen aan de orde. In paragraaf 2 worden de opzet en resultaten van de proefimplementatie/praktijktest beschreven. In paragraaf 3 komen de onderwerpen aan de orde waarvoor – onder andere naar aanleiding van de praktijktest – veranderingen nodig zijn binnen de huidige praktijk. In paragraaf 4 ten slotte wordt beschreven welke ondersteunende activiteiten de implementatie van de richtlijn en aanpalende sectoren kunnen bevorderen.

2. Resultaten praktijktest

De richtlijn is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep en gefinancierd door ZonMw. De richtlijnwerkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door een projectteam van het Trimbos-instituut en Rutgers, kenniscentrum seksualiteit.

Een belangrijk onderdeel van een richtlijn is de proefimplementatie of praktijktest. Het doel van de praktijktest is inzicht krijgen in onder andere de uitvoerbaarheid, de belemmerende en bevorderende factoren, de haalbaarheid, de randvoorwaarden en implementatiestrategieën voor toepassing in de praktijk.

In deze proefimplementatie zijn de kernaanbevelingen uit de richtlijn uitgetest door zorgprofessionals. Het gaat hierbij om het toepassen van de kernaanbevelingen rondom signaleren en bespreken van (vermoedens van) veranderende seksuele gezondheid. Hiermee hebben we getoetst hoe de richtlijn door de beoogde gebruikers wordt ontvangen.

De proefimplementatie bestaat uit:

- De praktijktest, bestaande uit het uittesten van de kernaanbevelingen in contact met patiënten.
- Een schriftelijke evaluatie per deelnemend zorgprofessional.
- Telefonische interviews met enkele deelnemende zorgprofessionals, patiënten en zorgmanagers.

Werving en respons

Om de richtlijn in de praktijk te testen hebben we via contacten van de werkgroepleden en de V&VN zorgprofessionals gevraagd zich aan te melden.

De looptijd van de praktijktest was drie maanden (1 maart – 1 juni). Aanvankelijk melden 24 zorgprofessionals zich aan, werkzaam op verschillende terreinen in verschillende professies. Sommige zorgprofessionals kregen geen toestemming van de organisatie waar ze werkten omdat die andere eisen stelden aan het uitvoeren van de praktijktest (medisch ethische voorwaarden).

Een aantal zorgprofessionals had het te druk.
Uiteindelijk zijn er 13 zorgprofessionals die de vragenlijst retourneerden.

- 5 Verpleegkundigen
- 3 Verpleegkundig specialisten
- 1 Verzorgende
- 1 Senior psychiatrisch verpleegkundige
- 2 POH-Somatiek
- 1 POH-GGZ

Sommige respondenten hebben de vragenlijst per casus ingevuld, deze antwoorden van de kernaanbevelingen zijn dan ook per casus meegenomen.

Met 5 van hen is een telefonisch interview afgenomen. Daarnaast zijn er telefonische interviews gehouden met 1 patiënt en 1 zorgmanager.

Evaluatie richtlijn

De richtlijn bestaat uit vijf kernaanbevelingen die de zorgprofessionals tijdens de praktijktest zijn gaan toepassen.

Kernaanbeveling 2

Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken, zoals het 'Zakboek voor verpleegkundig diagnoses' (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (domein 8, Seksualiteit).

Kernaanbeveling 3

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen te bespreken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie Zorgstandaard Seksuele disfuncties).

Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (NHG-Standaard Seksuele klachten):

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?

Kernaanbeveling 4

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij patiënten met vermoedens van traumatische ervaringen, veranderd seksueel functioneren te bespreken. Dit kan tijdens

de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste

stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt

om het over seksualiteit te hebben.

Kernaanbeveling 5

Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderende seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen.

Kernaanbeveling 6

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontremd gedrag of grensoverschrijdend gedrag bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen:

- De eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
- Naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;
- Binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.

De vragenlijst

De evaluatie bestond uit een vragenlijst en open vragen die zich richten op de kernaanbevelingen (en dus richtlijn) als geheel. Daarnaast is er per kernaanbeveling een vragenlijst rondgegaan. In de uitkomsten hieronder zijn ook de interviewgesprekken meegenomen.

Uitkomsten algemeen, richtlijn als geheel

In onderstaande tabel (tabel 1) staan de uitkomsten van de vragen over de kernaanbevelingen in de richtlijn als geheel. Alle respondenten zijn het erover een dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten zij moeten uitvoeren. Geen van de respondenten vond de kernaanbevelingen te moeilijk om uit te voeren. Op een respondent na had iedereen voldoende kennis om de kernaanbevelingen toe te passen, de meeste respondenten vonden ook dat de kernaanbevelingen voldoende informatie en materialen bevatten om ze uit te voeren, echter vulde niemand in het hier helemaal mee eens te zijn. Hierdoor valt te overwegen om in de richtlijn of het praktische handvat waarin de richtlijn gegoten wordt, nog wat extra informatie te bieden over de kernaanbevelingen zodat zij gemakkelijker in de praktijk zijn toe te passen.

De kernaanbevelingen sluiten ook grotendeels aan bij de manier van werken van de respondenten. 11 respondenten vonden dat de kernaanbevelingen goed passen bij hun patiënten doelgroep. Patiënten waren voor het grootste deel ook tevreden over de toepassing van de kernaanbevelingen. De respondenten geven aan dat het al een eerste belangrijke stap is om erover te beginnen, de patiënt kan dan ook aangeven niet verder te spreken. Een respondent vertelde dat die - wanneer de patiënt zelf niets over seksuele gezondheid wil zeggen/geen vragen heeft - die toestemming vraagt aan de patiënt om alsnog wat te vertellen over veranderende seksuele gezondheid in algemene zin. Dit geeft de patiënt de nodige informatie en de mogelijkheid om er op een later moment op terug te komen. Daarnaast gaven respondenten aan dat de patiënten het als positief ervoeren dat de zorgprofessionals erover begonnen.

Tabel 1.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens /	Mee eens	Helemaal mee eens
--	----------------------------	-------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

			noch mee oneens		
De kernaanbevelingen uit de richtlijn geven helder aan welke activiteiten ik moet uitvoeren. (n=13)			1	10	2
Ik heb voldoende kennis om de kernaanbevelingen uit de richtlijn goed te kunnen toepassen. (N=13)		1	3	9	
De kernaanbevelingen uit de richtlijn bieden alle informatie en materialen die nodig zijn om er goed mee te kunnen werken. (N=13)		1	4	7	1
De kernaanbevelingen uit de richtlijn zijn te ingewikkeld om te kunnen gebruiken. (N=13)	3	9	1		
De kernaanbevelingen uit de richtlijn sluiten goed aan bij hoe we gewend zijn om te werken. (N=13)		1	5	7	
De kernaanbevelingen uit de richtlijn zijn geschikt voor mijn patiënten. (N=13)	1 (dementie)		1	11	
Patiënten zijn over het algemeen tevreden als ik de kernaanbevelingen toepas. (N=13)		1	2	7	3
Patiënten werken over het algemeen mee als ik de kernaanbevelingen toepas. (N=13)		2	2	6	3

Uitkomsten kernaanbeveling 2

In de onderstaande tabel (tabel 2) staan de conclusies rondom kernaanbeveling 2. In deze kernaanbeveling wordt aan verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten aanbevolen een klinische redeneermethode te gebruiken (Zakboek voor verpleegkundige diagnoses) die gericht is op het signaleren van veranderende seksuele gezondheid. Belangrijk om te benoemen is dat alle respondenten gevraagd zijn om met alle kernaanbevelingen aan de slag te gaan, sommige respondenten waren dan ook niet bekend met dit zakboek omdat zij dit niet in hun praktijk gebruiken of aangeleerd hebben gekregen. Hierdoor vonden waarschijnlijk ook niet alle respondenten dit zakboek helemaal bruikbaar en toepasbaar in de praktijk.

De meeste respondenten geven aan dat de visie van het management waar ze werken weinig tot geen invloed heeft op de uitvoerbaarheid van deze kernaanbeveling. Uit de aanvullende interviews blijkt dat ook de POH-GGZ gebruik maakt van dit Zakboek, daardoor kan deze aanbeveling ook voor hen van toepassing zijn.

Tabel 2.

Kernaanbeveling K2. Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken, zoals het Zakboek voor verpleegkundige diagnoses (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (domein 8 Seksualiteit).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=18)			7	2	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=18)	1	2	9	5	1
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=18)	2	2	7	7	
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=18)	4	7	2	4	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=18)	3	2	5	5	3
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=18)	1	2	4	8	3

Uitkomsten kernaanbeveling 3

Deze kernaanbeveling richt zich op het PLISSIT-model in combinatie met voorbeeldvragen uit de NHG-Standaard Seksuele Klachten. Deze kernaanbeveling is in hoge mate relevant bevonden en zeer bruikbaar en uitvoerbaar in de praktijk.

Een deel van de respondenten geeft aan dat voor de uitvoerbaarheid van deze kernaanbeveling geld, tijd en in grotere mate scholing nodig is. Dit punt kwam ook veelvuldig terug in de open vragen en aanvullende interviews. Een respondent gaf aan extra tijd voor een consult te hebben aangevraagd bij de betreffende huisartsenpraktijk, omdat die anders het gevoel had niet genoeg tijd te hebben. Deze tijd is ook nodig om een patiënt te leren kennen en een veilige sfeer te creëren. Sommige respondenten waren al bekend met het PLISSIT-model en pasten die al toe in de praktijk. De voorbeeldvragen zagen zij als zeer relevant specifiek voor zorgprofessionals die nog niet zoveel ervaring hebben met spreken over seksuele gezondheid. De meer ervaren respondenten gaven aan dat zij vaak al hun eigen taak en vorm hebben gevonden om over seksuele gezondheid te spreken met hun patiënten, deze vorm sluit grotendeels aan bij de manier waarop het in deze kernaanbeveling wordt voorgesteld.

Kernaanbeveling K3. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen te bespreken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)). Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (zie [NHG-Standaard Seksuele klachten](#)):

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (N=15)				2	13
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=15)			1	1	13
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=15)			1	7	7
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=15)	3	5	5	1	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=15)	1	4	3	3	4
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=15)	1	1	5	6	2

Uitkomsten kernaanbeveling 4

Deze kernaanbeveling richt zich op patiënten met vermoedens van traumatische ervaringen. Met wederom het gebruik van het PLISSIT-model kan veranderende seksuele gezondheid besproken worden bij deze doelgroep.

De respondenten vonden deze aanbeveling helder en zeer bruikbaar. Echter gaf het merendeel aan dat het hen maar enigszins lukte de kernaanbeveling toe te passen in de praktijk. Dit heeft

voornamelijk te maken met dat mensen minder snel geneigd waren om traumatische ervaringen uit te vragen, hoewel dit niet expliciet in de kernaanbeveling benoemd staat. Hier is nog verwarring over: in hoeverre het gaat over de traumatische ervaringen of over veranderende seksuele gezondheid bespreken bij mensen traumatische ervaringen? Hier moet in de richtlijn meer helderheid over worden verschaft.

Een respondent gaf aan dat die tijdens het uittesten van deze kernaanbeveling met een patiënt heeft gesproken over seksueel geweld dat die persoon heeft meegemaakt. Deze patiënt voelde zich daarna zeer uit het veld geslagen, omdat de zorgprofessional iets had aangesneden dat al een tijd niet meer besproken was. Aan de ene kant vond de patiënt het dus fijn dat de zorgprofessional erover was begonnen, aan de andere kant was er meer nazorg nodig geweest. De respondent gaf ook aan meer informatie nodig te hebben over nazorg en doorverwijsmogelijkheden.

Een andere respondent schreef dat die en diens collega's vaak terughoudend zijn in het bespreken van traumatische ervaringen omdat je bang bent iets aan te boren 'waar je dan iets mee moet'. Het is dus noodzakelijk om hier meer aandacht aan te besteden. Scholing wordt bij deze kernaanbeveling dus ook als zeer relevant ervaren.

Kernaanbeveling K4. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen veranderd seksueel functioneren te bespreken. Dit kan tijdens de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=16)				7	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=16)			3	8	5
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=16)		2	8	4	2
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=16)	5	2	7	2	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=16)	3	2	5	1	5
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=16)		1	2	8	5

Uitkomsten kernaanbeveling 5

Deze kernaanbeveling richt zich op de tweede stap van het PLISSIT-model; het geven van ‘ Limited Information ’, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven. Alle respondenten vinden deze kernaanbeveling helder, de meesten in hoge mate. Slechts twee respondenten vonden de aanbeveling nauwelijks bruikbaar, dit komt omdat er in sommige organisaties onduidelijkheid is over waar je mensen naartoe door kunt verwijzen. Wederom wordt hier aangegeven dat scholing belangrijk is in het toepassen van deze richtlijn, hierdoor zou er dus speciale aandacht kunnen komen voor doorverwijsmogelijkheden. Een respondent gaf het aan fijn te vinden om zoiets als een sociale kaart te hebben waarop doorverwijsmogelijkheden staan opgeschreven. Daarnaast geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan dat de visie van het management niet tot nauwelijks belangrijk is in het uitvoeren van deze kernaanbeveling. Facilitering in de zin van tijd en geld wordt ook als belangrijk gezien.

Kernaanbeveling 5. Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderde seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen (zie Zorgstandaard Seksuele disfuncties).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=16)			2	5	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=16)		2		7	7
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=16)		1	9	1	5
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=16)	3	6	4	3	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=16)	2	2	2	4	6
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=16)	1		1	5	9

Uitkomsten kernaanbeveling 6

De laatste kernaanbeveling richt zich op ondersteuning van zorgprofessionals in het omgaan met seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag. Deze vragenlijst is door minder respondenten ingevuld omdat niet iedereen in een situatie was waarin ze deze stappen moesten ondernemen. Alle respondenten vonden deze kernaanbeveling helder omschreven en 8 van de 10 vonden deze ook bruikbaar. Scholing is wederom belangrijk, in mindere mate de facilitering en visie van het management.

Kernaanbeveling 6. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen:

- de eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
- naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;
- binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (N=10)				1	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (N=10)			2	4	4
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (N=10)	1		3	3	3
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (N=10)	2	2	2	4	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (N=10)	3	1	3	2	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (N=10)	2	1		5	2

Conclusies

Algemeen

Alle respondenten zijn het erover eens dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten zij moeten uitvoeren. De meeste respondenten vonden ook dat de kernaanbevelingen voldoende informatie

en materialen bevatten om ze uit te voeren, echter vulde niemand in het hier helemaal mee eens te zijn.

1. Aanbeveling richtlijn:

- Hierdoor valt te overwegen om in de richtlijn of het praktische handvat waarin de richtlijn gegoten wordt, nog wat extra informatie te bieden over de kernaanbevelingen zodat zij gemakkelijker in de praktijk zijn toe te passen.

De kernaanbevelingen sluiten ook grotendeels aan bij de manier van werken van de respondenten. Ook gaven de respondenten aan dat de patiënten met wie ze de richtlijn getoetst hebben, positief reageerden. Hierdoor hoeven er op dit niveau geen aanpassingen gedaan te worden in de richtlijn.

Tot slot vonden de meeste respondenten dat de visie van het management geen overwegend grote rol speelt in het uitvoeren van de richtlijn, wel wordt het belang van scholing, tijd en geld benadrukt.

Kernaanbeveling 2

Deze kernaanbeveling is gericht op verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Echter, tijdens de praktijktest hebben ook deelnemers uit andere disciplines deze uitgetest. Hierdoor kwam naar voren dat ook een poh-ggz met dit zakboek werkt.

2. Aanbeveling kernaanbeveling 2:

- Hierdoor valt te overwegen om bij deze kernaanbeveling ook poh-ggz als geschikte doelgroep te vermelden.

Kernaanbeveling 3

Het PLISSIT-model en de NHG-standaard voorbeeldvragen worden in hoge mate relevant bevonden door de respondenten. Deze kernaanbeveling was voor alle respondenten helder en bruikbaar, wel wordt het belang van scholing benadrukt.

3 Aanbeveling kernaanbeveling 3:

- Hierdoor concluderen we dat een organisatie of opleiding ruimte, tijd en geld moet investeren in het trainen van zorgprofessionals in het gebruik van het PLISSIT-model en de gespreksvaardigheden die hierbij noodzakelijk zijn.

Kernaanbeveling 4

Deze kernaanbeveling wordt als bruikbaar en relevant gezien, maar de praktijktest (en vooral de interviews) laten zien dat er nog verwarring is over in hoeverre het gaat over de traumatische ervaringen of over veranderende seksuele gezondheid bespreken bij mensen traumatische ervaringen.

Scholing wordt bij deze kernaanbeveling als zeer relevant ervaren omdat zorgprofessionals meer handvatten nodig hebben rondom nazorg en het eventueel doorverwijzen.

4 Aanbeveling kernaanbeveling 4:

- Deze kernaanbeveling moet scherper geformuleerd worden en het valt te overwegen om toch nog op zoek te gaan naar extra informatie rondom vermoedens van traumatische ervaringen die ervoor kunnen zorgen dat zorgprofessionals zich zekerder voelen bij deze doelgroep en beter kunnen doorverwijzen.

Kernaanbeveling 5

Zoals al eerder beschreven vinden zorgprofessionals het PLISSIT-model bruikbaar. Ook de tweede stap waar deze kernaanbeveling zich op richt. Het doorverwijzen naar de juiste informatie of andere zorgprofessionals of zorg is bij deze kernaanbeveling relevant.

5 Aanbeveling kernaanbeveling 5:

· Net als bij kernaanbeveling 4 moet er meer scholing komen rondom doorverwijzen naar de juiste informatie. Het valt te overwegen om bijvoorbeeld een sociale kaart te maken voor zorgprofessionals met hierop geschikte zorg om patiënten naartoe door te verwijzen.

Kernaanbeveling 6

Niet elke zorgprofessional die meedeed aan de praktijktest komt in een situatie waarbij die om moet gaan met (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. In sommige settingen komt dit ook veel vaker voor dan in andere settingen. De zorgprofessionals die deze kernaanbeveling wel hebben toegepast in de praktijk vonden deze bruikbaar. In mindere mate spelen tijd en geld een rol in de uitvoering van deze kernaanbeveling. Net iets minder dan de helft gaf aan dat de visie van het management hier wel een rol speelt, net als scholing.

6 Aanbeveling kernaanbeveling 6:

· Hierdoor wordt aanbevolen om zorgprofessionals een basistraining te geven rondom omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

3. Veranderingen

Onderwerpen waarop na aanleiding van de praktijktest veranderingen nodig lijken te zijn binnen de huidige praktijk, zijn in te delen in twee categorieën: 1. Randvoorwaarden en organisatie en 2. Opleidingen en scholing. Deze veranderingen zijn niet van de ene op de andere dag te realiseren, zij kunnen eerder worden beschouwd als "stip aan de horizon".

Randvoorwaarden en organisatie

- Managers kunnen in regelgeving en beleid faciliteren dat zorgprofessionals voldoende tijd beschikbaar hebben om hulp te bieden aan patiënten rondom veranderende seksuele gezondheid.
- Managers zouden op teamniveau kunnen realiseren dat dit thema een vast plek krijg in een MDO.
- Organisaties zouden ervoor kunnen zorgen dat seksuele gezondheid een vaste plek heeft in een elektronisch patiëntendossier.
- Managers kunnen binnen hun organisatie aandachtsfunctionarissen/ambassadeurs aanstellen die als aanspreekpunt dienen voor collega's die vragen hebben over seksuele gezondheid.
- Managers kunnen binnen hun organisatie een seksuoloog of seksueel consulent aanstellen waar mensen naartoe doorverwezen kunnen worden of die als vraagbaken dienen voor collega's.
- Organisaties moet privé ruimten beschikbaar stellen zodat zorgprofessionals daar kunnen spreken met patiënten.

Opleidingen en scholing

- Zorg voor een trainingsaanbod in relevante kennis en competenties.
- Bij landelijke congressen moet dit thema meer aandacht krijgen.

4. Ondersteunende activiteiten

In deze paragraaf komt aan de orde welke ondersteunende activiteiten nodig zijn om de implementatie van de richtlijn te realiseren. Hierbij gaat het om activiteiten op het terrein van financiering, voorlichting en scholing, onderwijs en onderzoek, die het signaleren en bespreken van veranderende seksuele gezondheid kunnen ondersteunen.

Financiering

- Een poh-s of poh-ggz heeft een standaard protocol waar die mee werkt. Het is afhankelijk van zorgverzekeraars in hoeverre seksuele gezondheid hier een onderdeel van uit maakt. Wanneer dit wel zo is valt het gesprek over seksuele gezondheid automatisch ook onder de vergoede zorg. Daarom is het nodig dat hier financiering voor komt.
- Als een zorgprofessional wil doorverwijzen kan die niet altijd doorverwijzen naar zorg die vergoed wordt, niet alle zorg rondom seksuele gezondheid is voor iedereen vergoed. Er moet dus goed gekeken worden naar de mogelijkheid van meer vergoede zorg rondom veranderende seksuele gezondheid.

Voorlichting en scholing

- Het is aan te raden om in te zetten op voorlichting en scholing rondom de richtlijn. Denk hierbij aan regionale voorlichtingsbijeenkomsten voor verschillende beroepsgroepen.
- Ook zijn bepaalde website behulpzaam zoals:
www.seksindepraktijk.nl
www.thuisarts.nl
www.nvvs.info
- Er is een relatief groot aanbod van trainingen voor zorgprofessionals rondom dit thema. Zowel door organisaties als Rutgers, de NVVS, als wel door onafhankelijk experts. Dit aanbod dient in kaart te worden gebracht en beschikbaar als overzicht van een scholingsaanbod.

Onderwijs en onderzoek

Onderwijs: relevante competenties en kennis voor zorgprofessionals om veranderende seksuele gezondheid te signaleren en bespreken dienen onderdeel te worden van bestaande mbo- en hbo-opleidingen voor deze zorgprofessionals. Ook is het van belang om na- en bijscholingscursussen op dit terrein aan te bieden, zodat ook inmiddels werkzame zorgprofessionals zich op dit vlak kunnen bijscholen.

Onderzoek: Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van veranderende seksuele gezondheid nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. Vervolgonderzoek is zeer wenselijk om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. Onderzoek naar veranderende seksuele gezondheid bij specifieke doelgroepen is nodig, als wel onderzoek naar de effectiviteit van beschikbare diagnostische instrumenten en interventies die nu al gebruikt worden in de praktijk.

Daarnaast kan een uitgebreid onderzoek naar de implementatie van deze richtlijn zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke randvoorwaarden voor implementatie. Meer duidelijkheid hierover kan het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk vergroten.

Bijlage 11

Onderwerpen voor verder onderzoek

In deze bijlage worden kennislacunes (ten behoeve van de onderzoeksagenda) en wensen tot doorontwikkeling beschreven.

Kennishiaten

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van veranderende seksuele gezondheid nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. De werkgroep constateert de volgende lacunes:

- Het is onbekend hoe mensen met veranderende seksuele gezondheid de hulp en ondersteuning van verpleegkundigen en verzorgenden ervaren.
- Meer kennis is nodig over wat effectieve methoden zijn om veranderende seksuele gezondheid bij diverse doelgroepen te signaleren.
- Het is onduidelijk welke communicatiestrategieën het meest geschikt zijn om veranderende seksuele gezondheid bij diverse doelgroepen te bespreken.
- Het is onduidelijk op welke wijze verpleegkundigen en verzorgenden seksualiteit kunnen bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen.
- Meer kennis is nodig over hoe verpleegkundigen en verzorgenden kunnen omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten.

Wensen tot doorontwikkeling

- Scholing voor verpleegkundigen en verzorgenden is nodig om op de juiste manier veranderende seksuele gezondheid te kunnen signaleren en interventies toe te passen. Scholing kan georganiseerd worden in de initiële scholing van verpleegkundigen en verzorgenden en aanvullend daarop specifieke training in het verlagen van de drempel om te signaleren en te bespreken met de patiënt en client in alle zorgsectoren. Dit kan via verschillende kanalen georganiseerd worden, de beroepsorganisatie V&VN, Rutgers, zorgvoorbeter.nl, Vilans, seksindepraktijk.nl (thuisarts.nl voor publiek).
- Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het opstellen van beleid rondom aandacht voor de mogelijk ongewenste gevolgen van seksueel ontremd gedrag. Daarnaast zijn instellingen verantwoordelijk voor opvang van zowel cliënten als medewerkers die te maken hebben met seksueel ontremd gedrag en daarvan hinder hebben ondervonden. Voorbeelden hiervan zijn een Collegiaal Opvang Team en een vertrouwenspersoon. Ook moeten organisaties hun medewerkers informeren over de zorgmeldcode.
- De richtlijn is op beperkte schaal en gedurende een korte periode (3 maanden) getest binnen een aantal organisaties. Een uitgebreider onderzoek naar de implementatie van deze richtlijn bij een groot aantal voorzieningen en settings en gedurende een langere periode kan meer inzicht bieden in belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke randvoorwaarden voor implementatie. De resultaten hiervan kunnen worden gebruikt om de implementatiestrategieën meer toe te spitsen op de verschillende settings.

Bijlage 12

Literatuurlijst

- Albers et al., (2020). Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. *Support Care Cancer*, 28(9):4227-4233.
- Albers et al., (2021). Sexuality in Intimate Partners of People with Cancer: Information and Communication Needs: A Brief Communication. *J Sex Marital Therapy*. 47(2):197-203.
- Barbera et al., (2017). Interventions to address sexual problems in people with cancer. *Curr. Oncol*. 24(3):192-200.
- Basson, et al., (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*. 2:291-300.
- Basson, (2007). Hormones and sexuality: Current complexities and future directions. *Maturitas*. 57: 66-70.
- Beckman et al., (2008). Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations. *British Medical Journal*. 337:279-.
- Beesley et al., (2019). A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. *European Journal Cancer Care*. 28(3):13057-.
- Bohn (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*. 47:153-170.
- Bourgeois- law, et al., (1999). Sexuality and gynecological cancer: a needs assessment. *The Canadian journal of human sexuality*. 8(4).
- Bronner, et al., (2004). Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease. *Journal Sexuality and Marital Therapy*. 30(2):95-105.
- Carpenito (2019). *Zakboek Verpleegkundige diagnoses*. Noordhoff, Utrecht.
- Carter, et al., (2018). Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer. *American Society of Clinical Oncology*. 10(36):492-511.
- CBS, (2020). Cijfers aantal ouderen in Nederland. [[LINK](#)]
- Chisholm et al., (2012). Review: psychosocial interventions addressing sexual or relationship functioning in men with prostate cancer. *Clin. Cancer*. 9:5, 1246-1260.
- Chow et al., (2012) Effects of psychoeducational interventions on sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer: A systematic review. *JBI Library Systematic Reviews*. 10(58):4077-4164.
- CIZ (2019). Feiten en cijfers langdurige zorg. [[LINK](#)]
- Den Ouden, et al., (2017). Seksuele disfunctie en relatieproblemen na prostaatankerbehandeling: de gewenste zorg vanuit het oogpunt van patient en partner. *Tijdschrift voor Urologie*. 8:2-9.
- Dow & Kennedy Sheldon, (2015) A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions. *Clin J Oncol Nurs*. 19(4):456-461.
- Fletcher, et al., (2009). Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. *Nature Clinical Practice. Urology*. 6(2):96-107.
- Gianotten et al., (2008). *Seksualiteit bij ziekte of lichamelijke beperking*. Assen.
- Gijs et al., (2018). *Leerboek Seksuologie*. Houten.

- Grandjean et al., (2007). The Impact of Diabetes Mellitus on Female Sexual Well-Being. *Nursing Clinics of North America*. 42(4):581-592.
- Hardin (2007). Cardiac disease and sexuality: implications for research and practice. *The Nursing Clinics of North America*, 42(4):593-603.
- Heath (2012). Sexuality and dementia: a review of research literature. *Journal of Dementia Care*. 20(4):35-38.
- Higgins et al., (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*. 13(22):1330-1334.
- Hoekstra et al., (2014). *Quality of life and sexual problems in patients with heart failure*. Groningen.
- Höing et al., (2017). *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn*. Bussum.
- Huber et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*. 343:4163.
- Hughes (2009). Sexuality and Cancer: The Final Frontier for Nurses. *Oncology Nursing Forum*. 36(5):241-E246.
- Hummel (2017). *Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions after breast cancer*. Open Universiteit Nederland.
- Joller et al., (2013). *Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia*. *Canadian Family Physician*. 59:255-60.
- Junkin et al., (2005). Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 32(2):121-130.
- Kamel et al., (2004). Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior-- legal and ethical issues. *Journal of the American Medical Directors Association*. 5(2):S48-52.
- Kedde (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*. 36:98-108.
- Kim et al., (2015), The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer. *Cancer Nurs*. 38(5):32-42.
- Kleinplatz et al., (2009). From closet to reality: optimal sexuality among elderly. *Irish psychiatrist*. 15-18.
- Kotronoulas et al., (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*. 17(5):479-501.
- Krebs (2007). Sexual Assessment: Research and Clinical. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 515-529.
- Krebs (2008). Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2):80-90.
- Lankveld, et al., (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten.
- Lassen et al., (2013). A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. 69:12, 2602-2612.
- Laumann et al., (2005). Sexual problems amongst women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitude and behaviors. *International Journal of Impotence Research*. 17:39-57.
- Leusink et al., (2014). *Handboek seksuele gezondheid*. Assen.
- Lindau et al., (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 35:762-774.
- Lunsen, (2014). Praten over seks. In P. Leusink & M. Ramakers, *handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. (p.72-81). Assen: Van Gorsum
- Mahieu et al., (2014). Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 17:377-387.

- Mahieu et al., (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52:1891-1905.
- Nederlandse Federatie Kankerpatienten organisaties. (2017). *Doneer je ervaring*, Utrecht.
- Neufeld et al., (2002). Adolescent sexuality and disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinical North America*. 13(4):857-73.
- NHG-werkgroep, Bouma, J. e.a. (2015) *NHG- Standaard Seksuele Klachten*. Utrecht. [[LINK](#)]
- Nicolosi et al., (2006). Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *Journal of Sex & Marital Therapy*. 32:331-342.
- Oostrom et al., (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking - gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 155: 1-7.
- Otero et.al., (2004). The Brief Sexual Symptom checklist as a screening tool for sex-related problems in the primary care setting: focus on erectile dysfunction. (101)1: 98-105.
- Rijksoverheid (2020). Cijfers mensen met kanker. [[LINK](#)]
- RIVM (2018). Cijfers mensen met chronische ziekte [[LINK](#)]
- Roelofs et al., (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 273:367-384.
- Rosen et al., (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*. 58(10).
- Rutgers, Graaf, H. De., Wijsen, C. (2017) *Monitor Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit. Utrecht.
- Rutgers, (2012). *Literatuuronderzoek hulpbehoefte bij seksuele ontwikkeling*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit. Utrecht.
- Rutgers. Graaf, H. De., e.a. (2009). *De seksuele levensloop*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit. Utrecht.
- Rutgers, Dijk. et al., (2012). *Behoeftedonderzoek leeflijn seksuele ontwikkeling*. Utrecht.
- Rutgers, Saxion, Unie KBO, Actiz, NZCO, Viatence (2016). *Manifest: Intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk verbonden*, Utrecht.
- Rutgers, Trimbos, V&VN (2019). Peiling Seksuele intimidatie *V&VN Magazine*. 14:2.
- Schuurman et al., (2016). Hoe bespreekbaar is seksualiteit in de zorgrelatie tussen professional en dwarslaesiepatiënt? *Nederlands tijdschrift voor revalidatiegeneeskunde*. 6:105-109.
- Steinke (2013). Sexuality and Chronic Illness. *Journal of Gerontological Nursing*. 39(11):18-27.
- Stevens (2014). Ouderen en Seksualiteit. In P. Leusink & M. Ramakers, *handboek seksuele gezondheid*. Assen: Van Gorsum.
- Stubbs (2011). Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18(7):602-607.
- Taylor et al., (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*. 130(3):711-724.
- Tucker (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*. 22(5):683-692.
- Van Lankveld et al., (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten.
- Weijmar Schultz (2009). *Ziekte, handicap en medische interventies*. Houten.
- Weinstein Dunn (2015). Bladder cancer: a focus on sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 19(1):68-73.

- Whitehouse (2009). Sexuality in the older female with diabetes mellitus--a review of the literature. *Urologic Nursing*. 29(1):11-29.
- WHO (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA.
- Wiegel et al., (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. 31(1):1-20.
- Zorgstandaard Seksuele disfuncties (2014). [[LINK](#)]