

Richtlijn veranderende seksuele gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen

CONCEPT, februari 2021.



Inhoud

1. Samenvatting kernaanbevelingen

2. Algemene Inleiding

- 2.1 Aanleiding
- 2.2 Doel
- 2.3 Doelgroep
- 2.4 Doelpopulatie
- 2.5 Publicatiedatum en herziening

3. Algemene mechanismen bij seksueel functioneren

- 3.1 Wat is seksualiteit?
- 3.2 Seksuele levensloop
- 3.3 Context waarin seksualiteit plaatsvindt
- 3.4 Chronische ziekte of lichamelijke beperking en seksualiteit
- 3.5 Kanker en seksualiteit
- 3.6 Ouderdom en seksualiteit
- 3.7 Seksualiteit hernieuwd vormgegeven

4. Signaleren en diagnosticeren van veranderd seksueel gedrag

- 4.1 Uitgangsvragen
- 4.2 Aanbevelingen
- 4.3 Onderbouwing
- 4.4 Overwegingen

5. Bespreken seksueel functioneren en relevante verpleegkundige interventies

- 5.1 Uitgangsvragen
- 5.2 Aanbevelingen
- 5.3 Onderbouwing
- 5.4 Overwegingen

6. Omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag

- 6.1 Uitgangsvragen
- 6.2 Aanbevelingen
- 6.3 Onderbouwing
- 6.4 Overwegingen

Bijlage 1. Algemene achtergrondgegevens

Bijlage 2. Samenstelling werk- en adviesgroep

Bijlage 3: Begrippenlijst

Bijlage 4. Autorisatie

Bijlage 5. Patiënten perspectief

Bijlage 6. Knelpunteninventarisatie en -analyse

Bijlage 7. Verantwoording per module

Bijlage 8. Kwaliteitsindicatoren

Bijlage 9. Implementatie
Bijlage 10. Onderwerpen verder onderzoek
Bijlage 11. Literatuurlijst

1. Samenvatting kernaanbevelingen

In de richtlijn “Veranderende seksuele gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen” staan de volgende kernaanbevelingen centraal:

5 Hoofdstuk 4. Signaleren en diagnosticeren van veranderd seksueel gedrag

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).

15 Hoofdstuk 5. Bespreken seksueel functioneren en relevante verpleegkundige interventies

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?

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).

Kernaanbeveling [K5]

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).

Hoofdstuk 6. Omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag

50 **Kernaanbeveling [K6]**

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:

- 55 • 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;
- 60 • 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.

2. Algemene inleiding

65 2.1 Aanleiding

Seksuele gezondheid (in brede zin) draagt bij aan kwaliteit van leven van iedereen. Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele, sociale en spirituele uitdagingen van het leven. Zo
70 gedefinieerd is seksuele gezondheid 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 diversiteit. 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
75 Reproductive Rights' ontwikkeld door de International Planned Parenthood Federation (internationale non-profit organisatie die al sinds 1952 bestaat). Iedereen heeft het recht zich goed te voelen en seksuele gezondheid maakt daar integraal onderdeel van uit
80 (Zorgstandaard Seksuele disfuncties, 2018; Leusink e.a., 2014).

Uit de Monitor 'Seksuele gezondheid in Nederland' (De Graaf e.a., 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 ongeveer twee
85 keer zo groot als iemand een chronische ziekte of aandoening heeft en/of hiervoor een behandeling krijgt. 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 het seksueel functioneren direct worden aangetast, bijvoorbeeld
90 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
95 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
100 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.

Cliënten gaan pas met hun probleem naar de hulpverlener als het niet helpt om met
105 vrienden, partner, 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

110 zullen wellicht belangrijke redenen zijn voor deze afwachtende houding van cliënten bij het vragen om hulp. Een ander belangrijke reden zou kunnen zijn dat cliënten 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).

115 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. Uit internationaal onderzoeken blijkt dat een groot deel van de mensen met een
120 seksueel probleem geen medische hulp zoekt; vaak zoekt men helemaal geen hulp of hulp via het eigen netwerk. 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 zijn
125 belangrijke redenen om geen hulp te zoeken. Andere factoren zijn: of de vaste partner 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.

Een probleem voor hulpverleners kan zijn dat cliënten met een seksueel probleem vaak eerst
130 voorzichtige signalen geven, peilen hoe de hulpverlener reageert en het erbij laten zitten wanneer er weinig respons is. Ook hebben ze vaak een gebrek aan kennis en vaardigheden om het onderwerp bespreekbaar te maken. Ook tijdsgebrek is een grote belemmering. Hulpverleners zijn bij bepaalde patiënten minder snel geneigd seksualiteit te bespreken, of vinden het moeilijker. Dit geldt voor cliënten van een andere sekse, cliënten uit culturen die minder vrij omgaan met seksualiteit, oudere cliënten en niet-heteroseksuele cliënten (Rutgers,
135 2012).

Seksuele problematiek wordt in de zorg lang niet altijd onderkend, het bespreekbaar maken van seksualiteit wordt vaak als moeilijk ervaren. Verschillende redenen liggen hieraan ten
140 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 cliënt er zelf wel over zal beginnen; geen insteek of aanleiding hebben om het te bespreken; moeilijker vinden bij bepaalde cliënten (andere sekse, andere cultuur, groot leeftijdsverschil, andere seksuele oriëntatie (o.a. Van Dijk e.a., 2012; Van Lunsen, 2014). Onderzoek in revalidatiecentra laat zien dat gebrek aan privacy,
145 het feit dat seksualiteit geen onderdeel is van het reguliere zorgproces en onvoldoende op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheden ook barrières zijn om seksualiteit te bespreken (Hoekstra e.a., 2014; Schuurman e.a., 2016). 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
150 probleemsituatie cliënt, en van de kwaliteit van leven (Schuurman e.a., 2016).

Mensen die hulp zouden willen voor hun seksuele problemen, brengen die problemen vaker
155 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 (Reijnierse, 2018).

Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden hebben een belangrijke taak in het bespreekbaar maken en in kaart brengen van seksuele problematiek.

160

Hoewel seksualiteit in onze maatschappij een prominente rol heeft, weerspiegelt zich dat nog niet in de open (houding rond) communicatie over seksualiteit tussen bijvoorbeeld partners. Het blijft voor mensen in een (partner)relatie vaak moeilijk om seksuele thema's openlijk met elkaar te bespreken, zeker in die situaties waarin er sprake is van een seksueel probleem. In onze cultuur is dit spreken nog moeilijker doordat het taboe op spreken over seksualiteit nog groter is bij specifieke doelgroepen, zoals mensen met een (chronische) ziekten, mensen met een handicap en ouderen. Dit geldt eveneens voor de hulpverlener 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 (Gainotten e.a., 2008).

165

170

2.2 Doel

Een richtlijn biedt een eenduidige wegwijzer voor verpleegkundigen en verzorgenden zodat zij om kunnen gaan met seksuele gezondheidsproblematiek ten gevolge van chronische ziekte, lichamelijke beperking of ouderdom. Een richtlijn ondersteunt hen in het leveren van adequate zorg rondom veranderd seksueel functioneren bij deze doelgroep.

175

Op basis van de knelpuntenanalyse (bijlage 4) zijn de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

180

Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderd seksueel functioneren? (H4)

185

Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderd seksueel functioneren de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen? (H4)

190

Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met de patiënt bespreken? (H5)

Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen? (H5)

195

Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren? (H5)

Hoe kan de verzorgende/verpleegkundige omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten? (H6)

200

2.3 Doelgroep

Deze richtlijn is bedoeld voor verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners huisartsen (POH) somatiek en praktijkverpleegkundigen in de eerste- en tweedelijnszorg. Zij zijn werkzaam in diverse settings, zoals in een huisartsenpraktijk, ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis en andere woonzorginstellingen. In de rest van de

205

richtlijn refereren we naar de doelgroep als verpleegkundige/verzorgende.

210 De richtlijn voor patiënten biedt mensen met een chronische ziekte, lichamelijke beperking of
ouderen inzicht in de zorg die zij kunnen verwachten rondom veranderd seksueel
functioneren.

215 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.

2.4 Doelpopulatie

220 Deze richtlijn beschrijft wat passende zorg kan zijn rondom veranderd seksueel functioneren
voor mensen met chronische ziekten, een lichamelijke beperking en ouderen. Daarnaast is
er speciale aandacht voor mensen met kanker en worden verschillen in culturele achtergrond
en seksuele oriëntatie in acht genomen.

225 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 dus eventueel veranderde seksuele gezondheid.

230 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).

2.5 Publicatiedatum en herziening

235 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
240 informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen.

3. Algemene mechanismen bij seksueel functioneren

245 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
250 ondersteuning van seksualiteit en maakt dat onnodige zorgen of problemen weggenomen
kunnen worden (Höing e.a., 2017).

3.1 Wat is seksualiteit?

250 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), genderidentiteit en genderrol
(bijvoorbeeld je een man of vrouw voelen, of allebei of geen van beide en het hierin willen
255 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
260 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).

- 265 ○ **Seksueel gedrag** gaat over de zichtbare seksualiteit, over dat wat je ziet van seks.
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.
- 270 ○ 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. Een seksuele relatie heeft tevens een sociale dimensie: seksueel gedrag
275 speelt zich af langs lijnen van gendertypische rollen en verwachtingen.
- 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.

280 Seksueel gedrag, relatie, seksuele identiteit en de betekenis van seksualiteit beïnvloeden
elkaar en wijzigen 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
285 tussen 'seksueel functioneren' en 'seksualiteitsbeleving'.

- **Seksueel functioneren** verwijst naar het feit 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.
- 290 ○ **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
- 295 seksualiteitsbeleving.

3.2 Seksuele levensloop

Levensloopperspectief

300 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

305 plaats, op sommige domeinen ligt het zwaartepunt van ontwikkeling in bepaalde levensfasen. Hier 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[1].

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

Deze fase staat in het teken van het ontdekken van verschillende partners en leefstijlen. Jongeren krijgen langzaam meer verantwoordelijkheidsbesef, maar overzien de risico's van bepaald gedrag nog niet volledig. De meeste jongeren zijn in deze fase seksueel actief. De relatief hoge mate van seksuele activiteit, gekoppeld aan leefstijl en het in beperkte mate

315 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 ze samen wonen of getrouwd zijn. 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

325 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

330

[1] <https://www.seksindepraktijk.nl/themas/de-seksuele-levensloop>.

335 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 minder
worden en kunnen vrouwen last krijgen van pijn bij het vrijen of problemen met vochtig
worden. Omgevingsfactoren (het al dan niet hebben van een partner en de gevoelens
tegenover deze partner) spelen een belangrijkere rol bij de opwindingsproblemen dan
340 veranderingen in de oestrogeenspiegel (Basson, 2007). Vrouwen voor en na de overgang
verschillen niet van elkaar in de mate van subjectieve opwinding bij het zien van erotische
beelden (Basson e.a., 2005) noch in genitale respons, mits voldoende belonend
gestimuleerd. Bij voldoende erotische stimulatie lijken lagere oestrogeenniveaus de
opwinding bij vrouwen dus niet in de weg te hoeven staan.

345

- *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
350 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
355 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
360 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.

365

- *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).
370 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,
375 kanker of dementie (Oostrom e.a., 2011). Net als in de derde levensfase kunnen deze
aandoeningen een direct of indirect effect hebben op het seksueel functioneren.

3.3 Context waarin seksualiteit plaatsvindt

380

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).

Biopsychosociaal model

o 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. 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.

Een erectie ontstaat doordat spiertjes die de zwellichamen in de penis dichthouden, gladgetrokken worden. Hierdoor kunnen de zwellichaampjes zich vullen met bloed en wordt de penis stijf. 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 (Schultz e.a., 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.

o Psychologische factoren

De seksuele-responscyclus verloopt ook via psychologische processen zoals motivatie, emoties en 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, Aerts, e.a., 2018). Gevoelens van lust, plezier, intimiteit en veiligheid kunnen een bijdrage leveren aan dit positieve leerproces. Negatieve gevoelens zoals angst en schaamte belemmeren de seksuele respons. Behalve emoties zijn ook gedachten (cognities) sterk van invloed op het seksueel functioneren. Negatieve gedachten kunnen de seksuele-responscyclus verstoren (Gijs e.a., 2009).

o 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

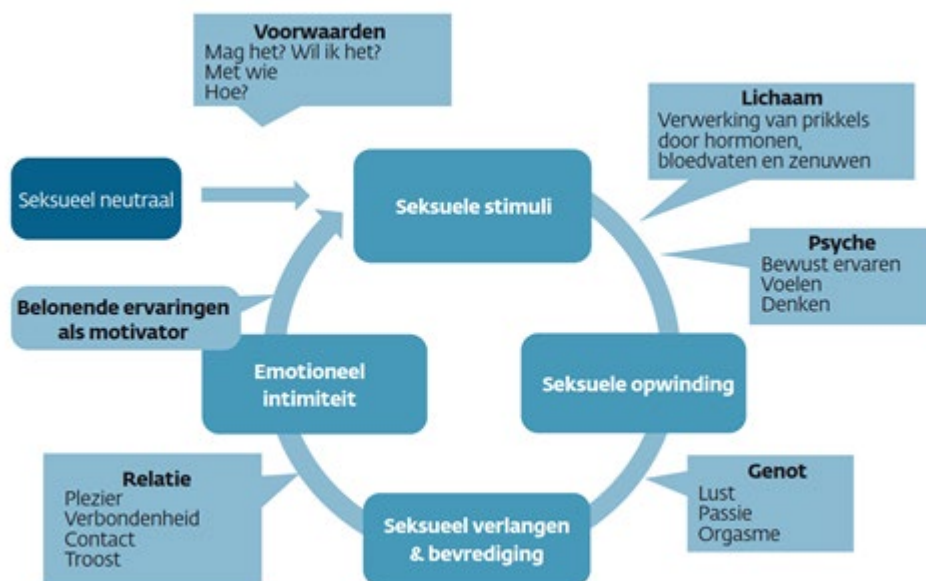
430 expressie van de eigen seksualiteit. In een samenleving waar heteroseksualiteit (of sterker
nog: mannelijke seksualiteit) de norm is, voelen mensen met een andere seksuele voorkeur
en seksueel actieve vrouwen zich makkelijker te kort gedaan en is het lastiger om je eigen
seksuele behoeften te onderzoeken.

435 Seksualiteit en seksuele behoeften spelen dus een rol in alle fasen van het leven, en er zijn
nogal wat 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).

440

Circulair model seksuele respons

Het circulair model seksuele respons is ontwikkeld door Basson (Leusink e.a., 2014). Een
hulpverlener 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
445 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.



450 Figuur 1: Circulair model (o.a. naar Basson 2001, Singer 1987; ontleend aan Leusink en
Ramakers, Handboek seksuele gezondheid 2014).

In dit model zien we dat er 3 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
455 stappen. De voorwaarden hiervoor zijn:

- de juiste context (voorwaarden);
- belonende seksuele stimuli;
- een intact lichamelijk en psychologisch systeem.

Incentive motivation: goede seks smaakt naar meer seks

460 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[2].

465 Deze positief belonende ervaring leidt tot seksuele motivatie. Meer motivatie tijdens de huidige vrijpartij, maar ook voor volgende vrijpartijen. Positieve waarderingen van de partner, bijvoorbeeld een aanmoedigend gekreun, is een seksuele prikkel die leidt tot nog meer opwinding van beide partners. 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
470 je lijf, je hart en je hoofd.

Er zijn ook belemmerende factoren in het biopsychosociale circulaire model van responsieve seks.

(Leusink e.a., 2014).

475

Seksuele belemmeringen:

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

Somatische belemmeringen:

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

Psychologische belemmeringen:

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

Contextuele belemmeringen:

- 495 - 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.

500

[2] <https://www.seksindepraktijk.nl/hoe-werkt-seks>

Figuur 2.

505



3.4 Chronische ziekte of lichamelijke beperking en seksualiteit

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

515 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
520 bepaalde ziekten of beperking (zie 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
525 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
530 aandoeningen aan het zenuw-, vaat- of hormoonstelsel. Het lichaam kan dan verminderd reageren op seksuele prikkels. Je kunt denken aan iemand met longproblemen die tijdens het vrijen het benauwd krijgt, of iemand met reuma die pijnklachten ervaart, 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 iemand seksueel leven.
535 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 op seksueel functioneren, 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 het seksueel functioneren, zoals sommige
540 antihypertensiva, maagzuurremmers en cytostatica. Als er bijwerkingen zijn dan gaat het vrijwel altijd over een remmend effect op de zin in seks, op de opwindingsfase 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) evenals bij sommige andere neurologische beelden door schade aan de hersenen (Leusink e.a., 2014). Ook immunotherapieën of
545 chirurgische ingrepen of radiotherapie hebben neveneffecten op seksualiteit.

o *Lichaamsbeeld*

Door ziekte of handicap kan het uiterlijk van iemand veranderen, bijvoorbeeld door een
borstamputatie, door littekens, stoma, huidaandoening of de manieren waarop iemand het
550 lichaam minder gemakkelijk kan bewegen. Mensen kunnen hier gevoelens van vervreemding door krijgen, schaamte of zelfs afkeer van hun eigen lichaam gaan ervaren. Ook, wanneer iemand lange tijd wordt verzorgd door verpleegkundigen/verzorgenden die handelingen verrichten rondom het lichaam, kan een onteigening van het lichaam optreden. Men heeft zo vaak het lichaam moeten onderwerpen aan anderen dat het niet meer als eigen wordt

555 ervaren. Daarnaast kan het horen van de diagnose een depressie of angst in de hand werken (Leusink e.a., 2014).

- *Zelfbeeld*

560 Zelfbeeld kan omschreven worden als het geheel van gedachten, ideeën en oordelen van iemand over zichzelf. Naast het hierboven genoemde lichaamsbeeld, wordt het zelfbeeld ook gevormd door de rollen die een persoon in het leven heeft. Door een bepaalde ziekte kan bijvoorbeeld de manier waarop je als ouder voor je kind zorgt veranderen, kun je minder gemakkelijk met vrienden activiteiten ondernemen door vermoeidheidsklachten of wordt het lastiger om aan het werk te blijven op de manier waarop je dat eerder deed. Deze
565 veranderende rollen kun je ook terugzien in iemands seksleven en beleving van seksualiteit (Leusink e.a., 2014).

3.5 Kanker en seksualiteit

570 In deze richtlijn is er extra aandacht voor kanker en seksualiteit. 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[3].

575

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, in het seksueel functioneren en veranderingen teweeg brengen binnen een relatie met partner(s).

580

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) 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
585 evident is, is dit niet perse de verklaring voor veranderd seksueel functioneren. Zo was er niet of nauwelijks enige correlatie tussen fysieke schade en veranderd seksueel functioneren bij vrouwen met gynaecologische tumoren (Leusink e.a., 2014).

590 Behandelingen, zoals de behandeling voor 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 borstampuatie, een stoma, kaalheid ten gevolge van chemotherapie en littekens kunnen indirect van invloed zijn, bijvoorbeeld omdat iemand zich hierdoor minder aantrekkelijk voelt of zich schaamt (Höing e.a., 2017).

595 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

[3] <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-nieuwe-gevallen-van-kanker>.

600 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).

3.6 Ouderdom en seksualiteit

605 In 2017 telde Nederland 3.159.000 inwoners van 65 jaar en ouder (CBS, 2018). 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, 2018). 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).

615 Seksualiteit is een onderdeel van ieders leven, ook van mensen die ouder worden. Ook verschillen opvattingen over seksualiteit voor elke generatie. De 70-plussers van nu waren adolescenten tijdens de seksuele revolutie en groeiden op met de anticonceptiepil. Seksualiteit lijkt voor de generatie ouderen van nu belangrijker geworden te zijn dan de generaties daarvoor, daarom is het belangrijk om ook de groep ouderen expliciet te benoemen in een richtlijn als deze.

Ook voor hen kan seksualiteit een waardevolle functie hebben en draagt het bij aan de kwaliteit van leven. Nog te vaak wordt gedacht dat de behoefte aan seksualiteit er op oudere leeftijd niet meer is. Dat is niet het geval. 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. De invulling van seksualiteit wordt wel anders: geslachtsgemeenschap wordt deels vervangen door andere vormen van seks zoals strelen en knuffelen. In het algemeen kun je stellen dat de seksualiteit meer op intimiteit gericht is, en minder op de prestatie (Rutgers, 2017).

635 Chronische ziekten of het verlies van een partner kan een effect hebben op het positief of negatief ervaren van seksualiteit. Chronische ziekten en ouderdomskwalen kunnen ook indirect invloed hebben seksualiteit. Door pijn, vermoeidheid, stijfheid of incontinentie bijvoorbeeld. Relationele factoren kunnen ook van invloed zijn op het seksuele leven. Hierbij valt te denken aan factoren zoals het verlies van de partner, schuldgevoel naar de overleden partner toe in het geval van het aangaan van een nieuwe relatie en een verschuiving van de rollen in een relatie als gevolg van ziekte van een van de partners (van minnaars naar verzorger en patiënt) (Stevens, 2014).

640 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

650 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).

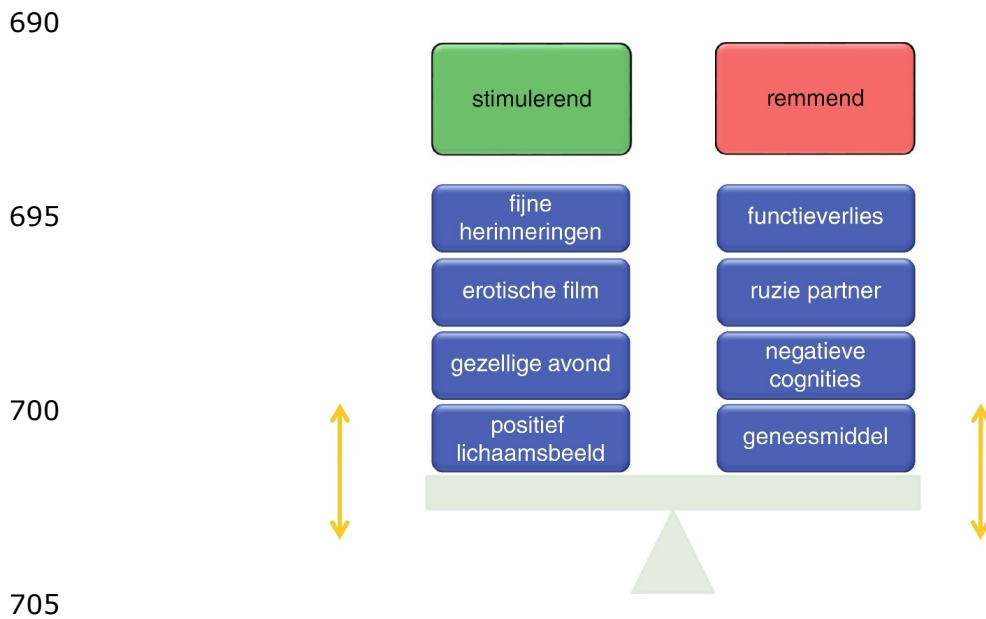
655 Daarnaast kunnen sommige in de zorg ingezette maatregelen ook hun weerslag hebben op
de seksualiteitsbeleving van een cliënt. Bijvoorbeeld een hoog-laagbed, waardoor het voor
partners lastig wordt om intiem naast elkaar te liggen en elkaar aan te raken, of het gebruik
van incontinentiemateriaal, waardoor zelfbevrediging of het bevredigen van de ander
660 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 (De Graaf e.a.,
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, ten koste gaan van de privacy van de bewoner.

665 **3.7 Seksualiteit hernieuwd vormgeven**

Een verpleegkundige/verzorgende kan een rol spelen in de ondersteuning van mensen met
een chronische ziekte of lichamelijke beperking door hen voor te lichten over mogelijke
gevolgen van behandeling, ziekte of medicatie. Daarnaast kan iemand ondersteund worden
670 in het hernieuwd vormgeven van seksualiteit en intimiteit. Een verpleegkundige/verzorgende
kan mensen doorverwijzen naar meer informatie over hulp bij het beleven van iemands
seksualiteit, denk hierbij aan technologische hulp, medicatie of 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
675 verpleegkundige/verzorgende hierin ondersteund, 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
680 relatie (opnieuw) vorm te geven. De verpleegkundige/verzorgende 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. Hoewel een gezond lichaam zeker helpt bij het genieten
van seks, is het natuurlijk geen voorwaarde. Er zijn zoals eerder beschreven, meerdere
685 factoren dan het functioneren van het lichaam die invloed uitoefenen op het beleven van
seks (Leusink e.a., 2014).

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



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

Patiënt, eventuele partner(s) en verpleegkundige/verzorgende 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 verpleegkundige/verzorgende vooral van belang te weten waar je naar moeten doorverwijzen voor specifieke hulp die zij zelf niet kunnen geven.

4. Signaleren en diagnostiek van veranderd seksueel gedrag

4.1 Uitgangsvragen

- 730
- *[U1] Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderd seksueel functioneren?*
 - *[U2] Uitgangsvraag: Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderd seksueel functioneren de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?*
- 735

4.2 Aanbevelingen

- *[U1] Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende signaleren dat er bij de patiënt sprake is van veranderd seksueel functioneren?*
- 740

Aanbeveling [A1]

Verpleegkundig specialisten kunnen bij de intake of ander contactmoment met de patiënt rondom het signaleren van veranderende seksuele gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen overwegen om gebruik te maken van de seksuologische vragenlijsten 'Female sexual function inventory' (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).

745

- *[U2] Uitgangsvraag: Welke diagnostische instrumenten zijn het meest relevant voor verpleegkundigen en verzorgenden om ten aanzien van veranderd seksueel functioneren de juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen?*
- 750

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 (zie website Over NNN | NANDA NIC NOC (bsl.nl)) (domein 8 Seksualiteit).

755

760

Aanbevelingen [A2]

Om een diagnose te stellen ten aanzien van veranderd seksueel functioneren in verschillende sectoren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen is te overwegen dat verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen de volgende specifieke diagnostische instrumenten inzetten:

765

- 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
- 770

voegen aan de vragenlijst. Hierbij wordt aanbevolen om open vragen te stellen.

775

Aanbevelingen [A2]

Het is te overwegen om seksuele gezondheid toe te voegen als gespreksonderwerp in een intake(formulier) waarin door verpleegkundigen en verzorgenden standaard geïnformeerd wordt naar lichamelijke gezondheid en geestelijke gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen.

780

4.3 Onderbouwing

Conclusies literatuursearch

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

790

o PLISSIT-model

Bij PLISSIT is sprake van een getrapte aanpak voor het bespreken van seksueel functioneren. De opbouw is: 1. P=Permission, Toestemming geven om te praten over seksueel functioneren door het als gespreksonderwerp te introduceren; 2. LI=Limited Information, Beperkte informatie geven; 3. SS=Specific Suggestions, Specifieke suggesties doen 4. IT=Intensieve Therapie aanbieden.

795

o 5 A's benadering

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

800

Echter, dit zijn geen instrumenten voor het signaleren, screenen of de diagnostiek. Uitzondering hierop zijn de Female sexual function inventory (FSFI; Wiegel 2005; Rosen 2000) en de Brief Sexual Symptom Checklist (BSSC; 4 items (Hatzichristou e.a., 2004)). 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 opwinding).

805

810

De studie van Taylor e.a. (2011) betreft een matig uitgevoerde systematische review 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 (Wiegel 2005); Brief index of sexual functioning (Jones 2002, Meston 2004) met 22 items over drie domeinen (seksuele interesse / verlangen, seksuele activiteit, en seksuele

815

820

bevrediging) en Sexual activity questionnaire (Thirlaway, 1996). Ondanks dat instrumenten op validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht, zijn er geen studies naar diagnostisch accuratesse gevonden.

825

Conclusies

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

830

Er zijn aanwijzingen dat de Brief index of sexual functioning, de Female sexual function inventory en Sexual activity questionnaire bruikbaar zijn als screeningsinstrument om seksuele problemen te identificeren bij vrouwen (Thirlaway 1996; Wiegel 2005; Jones 2002; Meston 2004)

835

4.4 Overwegingen

De praktijkoverwegingen komt 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.

840

4.4.1 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 seksueel functioneren).

850

4.4.2 Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

De balans tussen gewenste en ongewenste effecten is gebaseerd op het gedrag, ervaring, kennis en kunde van de verpleegkundige of verzorgende. Wanneer er gestart wordt met aandacht voor en signalering van seksueel functioneren komen hier zelden negatieve reacties op. Sensitiviteit ten aanzien van wie je voor je hebt als verpleegkundige of verzorgende 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 verpleegkundige of verzorgende zich niet veilig of prettig voelt bij het signaleren en ter sprake brengen van seksueel gedrag bij cliënten. Hetzelfde geldt andersom: cliënten kunnen zich niet prettig/veilig voelen om seksualiteit ter sprake te brengen met een verpleegkundige/verzorgende. 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. Negatieve gevoelens van de zorgverlener kunnen (on)bewust een rol spelen in de interactie. Daarnaast is bijvoorbeeld iemands sekse, culturele achtergrond, genderidentiteit, religie en/of seksuele oriëntatie van invloed op iemands handelen.

860

865

870 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
875 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 gelukt en
880 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
client wanneer de verpleegkundige/verzorgende aandacht heeft voor veranderde seksuele
885 gezondheid.

4.4.3 Patiënten perspectief

Patiënten willen vaak graag weten op wat voor manieren hun ziekte effect heeft op hun
seksuele gezondheid. Uit een studie onder 73 vrouwen met gynaecologische kanker wilden
890 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
895 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,
900 bijwerkingen van de behandeling, veranderend zelfbeeld of veranderende vethouding in de
relatie.

Uit een recenter onderzoek uit 2017 – uitgevoerd door de Nederlandse Federatie voor
Kankerpatiënten organisaties (NFK) waar 2.657 mensen geraakt door kanker en 230
partners aan mee deden – blijkt dat 41% van de ondervraagden wel eens naar informatie
905 over seksualiteit heeft gezocht. 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 seksualiteit en intimiteit. 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
910 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[4].

915

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

Daarnaast wijst een Nederlands onderzoek uit dat zorgverleners van mensen met kanker en mensen in palliatieve zorg het lastig vinden om seksualiteit bespreekbaar te maken (de Vocht, et.al. 2011). Een persoonsgerichte aanpak van de verpleegkundige/verzorgende zorgt ervoor dat patiënten zich beter geholpen voelen en gemakkelijk het gesprek (en

920 vervolggesprek) aangaan.

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. Deze website wordt onderhouden door een uroloog uit het LUMC.

925 Tot slot kan een patiënt met kanker ervoor kiezen om 'de Lastmeter' in te vullen. Dit is een online vragenlijst waar seksualiteit ook aandacht krijgt[5]. Deze kan thuis worden ingevuld en daarna met de desbetreffende zorgverlener besproken worden.

4.4.4 Professioneel perspectief

930 Het is belangrijk om als verpleegkundige/verzorgende te weten wie je voor je hebt. Een man of vrouw, een niet-religieus of religieus persoon, iemand met een niet-westerse of westerse achtergrond of een LHBTI-persoon, kan andere signalen afgeven aangaande seksueel functioneren. Het is belangrijk dat je hier als zorgverlener zicht op hebt[6]. Naast deze elementen van iemands identiteit, zijn er ook andere elementen die niet direct in verband

935 staan met veranderd seksueel functioneren, maar wel van invloed kunnen zijn op. Het is belangrijk om hier als verpleegkundige/verzorgende alert op te zijn. Denk hierbij aan een patiënt met verblijfskatheter, amputatie van ledematen, status na CVA, iemand met een vorm van dementie, verminderde energie van de cliënt, toename van stijfheid, post IC syndroom, lang verblijf op ICU. Dit kan allemaal invloed hebben op iemands seksueel functioneren.

940

In een recente peiling van V&VN onder haar leden is gevraagd aan welke signalen men merkt dat er sprake is van veranderd seksueel functioneren bij de patiënt. Dit verschilt enigszins 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

945 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).

950

De literatuur (Hardin, 2007; Hughes, 2008; Krebs, 2007, 2008; Whitehouse, 2009; Weinstein Dunn, 2015) benoemt een veelheid aan signalen die duiden op veranderd seksueel functioneren, afhankelijk van onder andere de aandoening en de doelgroep (ouderen-jongeren, mannen-vrouwen). Voorbeelden zijn onder andere verminderde zin in seks, problemen met opwinding, orgasme- en erectieproblemen, een veranderd lichaamsbeeld,

955 niet meer kunnen deelnemen aan seksuele activiteiten, onvruchtbaarheid, vaginisme en dyspareunie (pijn bij het vrijen), pijnlijk orgasme of erectie kunnen ook vóórkomen, verminderde seksuele bevrediging.

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

[6] Kijk voor meer informatie op: www.seksindepraktijk.nl

960 Het kunnen signaleren van veranderde seksuele gezondheid omvat dat het gesprek
daarover op initiatief van de verpleegkundige/verzorgende wordt aangegaan (Barbera e.a.,
2017; Carter e.a., 2018; Hardin, 2007; Steinke, 2013). Het is hierbij wenselijk dat seksualiteit
een onderdeel is van een integrale/holistische benadering van de patiënt/cliënt/ bewoner en
965 een standaard plek krijgt binnen de zorg, ook in de zorg voor mensen op oudere leeftijd
(Fletcher e.a., 2009).

Modellen worden als behulpzaam gezien, maar in sommige onderzoeken komen ze ook als
hinderlijk naar voren. Er wordt gesteld dat de vraag “heeft u het gevoel dat uw seksualiteit
veranderd is sinds uw diagnose/behandeling?” ook volstaat (Spaulding, 2006). Dit zou als
970 eerste openingsvraag kunnen dienen. Als er positief op geantwoord wordt, kan één van
beide modellen behulpzaam zijn in het verder vragen door de zorgverlener. Naast goede
communicatiestijlen aanleren, dienen verpleegkundigen en verzorgenden meer kennis te
vergaren over seksuele gezondheid (bijvoorbeeld via boeken en beschikbare studies)
(Krebs, 2007).

975 De verpleegkundige diagnostiek van de North American Nursing Association (NANDA) 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
980 verpleegkundige opleiding op MBO en HBO niveau aangeleerd, veelal via een handzaam
boekje, waarin beiden zijn samengebracht per diagnose. Dit ‘Zakboek voor verpleegkundige
diagnosen’ (Carpenito, 2019) is een bruikbare handleiding die voornamelijk wordt ingezet in
de ziekenhuiszorg, seksueel functioneren wordt hierin benoemd. Het is een handzame
985 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.
990 Echter is het gebruik hiervan in de dagelijkse praktijk nog niet overal ingeburgerd, mede
doordat er geen goede digitale ondersteuning is vanuit het EPD/ECD en oudere
verpleegkundigen en verzorgenden dit niet aangeleerd hebben gekregen in hun opleiding en
de praktijk weerbarstig is gebleken in het toepassen van nieuwe kennis. In de
verpleeghuiszorg en thuiszorg wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het Omaha
995 systeem[7], 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 Marjory Gordon met de 11
gezondheidspatronen algemeen geaccepteerd en opgenomen in het EPD en biedt structuur
1000 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[8].

Tot slot is het van belang te benoemen dat lijstjes ook belemmerend kunnen werken in de
praktijk van alle dag. De Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)

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

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

1005 geeft op hun website ook laagdrempelige tips aan zorgverleners om het onderwerp aan te kaarten tijdens een gesprek met patiënt[9].

4.4.5 Middelenbeslag

1010 De specifieke en algemene scholing omtrent het signaleren van seksueel gedrag en veranderingen hierin is van groot belang. Iedere zorgverlener zou moeten kunnen signaleren en op grond daarvan bespreekbaar maken of doorverwijzen naar een andere collega, of specifieke zorg kunnen inschakelen. Scholing is nodig om op de juiste manier te kunnen signaleren en interventie toe te passen. Scholing kan georganiseerd worden in de initiële scholing van verpleegkundigen en verzorgenden en aanvullend daarop specifieke training in

1015 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).

1020 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 reguliere/ basiszorg door elke beroepsbeoefenaar. In de scholingen dient hier dan ook aandacht aan besteed te worden en aangeleerd te worden.

4.4.6 Organisatie van zorg

1025 Het signaleren van veranderd seksueel functioneren moet niet pas plaats vinden als er al problemen zijn ontstaan, maar zo vroeg mogelijk in een eventueel behandeltraject. De verpleegkundige of verzorgende zou zich bewust moeten zijn van mogelijke veranderingen bij verschillende ziekten (chronisch of oncologisch) zodat hierop geanticipeerd kan worden en opening geven om erover te praten. Hiermee wordt ook voorkomen dat teveel mensen

1030 intensieve en dure zorg nodig hebben.

In het onderzoek van de Vocht et.al., (2011) worden 'spotters' en 'blissers' aangekaart. Spotters zijn degenen die binnen een organisatie minimale kennis hebben over seksueel functioneren, dit weten te signaleren en vervolgens kunnen doorverwijzen. 'Blissers' zijn degenen die aan de slag gaan met het BLISS-model¹⁰ waarmee seksueel functioneren

1035 besproken wordt.

Een patiënt hoeft niet altijd naar een seksuoloog te worden doorverwezen. Een organisatie moet ervoor zorgen dat er over het algemeen genoeg kennis in huis is bij medewerkers, of er in ieder geval voor zorgen dat er een aantal medewerkers zijn met specifieke kennis. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aandacht functionarissen. De kostenstructuur van de organisatie is

1040 van belang voor het effectief omgaan met de beschikbare middelen. De organisatie moet goede opleidingsmogelijkheden faciliteren.

4.4.7 Maatschappelijk perspectief

1045 Seksualiteit is een onderwerp dat veel aandacht krijgt, maar behoort vaak toe aan de jonge en gezonde mensen. Ondanks alle aandacht rust er nog altijd een taboe op. Zeker bij seksualiteit op oudere leeftijd, dat kan al beginnen bij 50-60 jaar. Patiënten praten zelf niet makkelijk over hun seksuele problemen en veranderingen. Er is vaak vertraging in het zoeken van hulp bij klachten.

[9] <https://nfk.nl/kanker-en-seks/zorgverleners>

[10] Toelichting: <https://www.nursing.nl/zo-ga-je-het-gesprek-aan-over-seksualiteit-stepped-skills-model-1439376w/> .

1050 Zoals al eerder benoemd is het ook van belang te weten wie je voor je helpt: iedere patiënt is namelijk uniek. Er bestaan vooroordelen over minderheidsgroepen in de samenleving, deze zijn ook gelinkt aan gezondheid. Als verpleegkundige/verzorgende is het belangrijk je hiervan bewust te zijn.

1055 Deze vooroordelen kunnen een druk leggen op de patiënt om over seksualiteit te beginnen bij een zorgverlener, omdat er angst bestaat afgewezen te worden. Aan de andere kant kan de zorgverlener door zijn eigen overtuiging meer moeite hebben te beginnen over de seksualiteit bij andere leeftijdsgroepen. Via COC Nederland vind je veel informatie over seksuele diversiteit (Toolkit 50+ en LHBT-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 LHBTI-personen. Ook zijn er veel organisaties die zich inzetten voor specifieke religieuze doelgroepen en gezondheidszorg.

4.4.8. Toelichting beslisproces

1065 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

1070 verschillende methodes aanbevolen die passen bij het werkkterrein. 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.

1075 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' (bij vrouwen) en de 'International index of erectile function' (bij mannen) enkel voor verpleegkundig specialisten als relevant benoemd, en wordt dit niet als kernaanbeveling benoemd.

1080 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 naar welke onderzoeken en resultaten relevant zijn voor andere doelgroepen en dit zo benoemd.

1085

5 Bespreken seksueel functioneren en relevante verpleegkundige interventies

1090 5.1 Uitgangsvragen

- [U3] *Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met de patiënt bespreken?*
- [U4] *Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?*
- 1095 ➤ [U5] *Uitgangsvraag: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?*

5.2 Aanbevelingen

- 1100 ➤ [U3] *Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met de patiënt bespreken?*

Kernaanbeveling [K3]

1105 Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in de 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 worden gesteld (zie NHG-Standaard Seksuele klachten):

- 1110
 - 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?
 - 1115 • 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?

Aanbevelingen (A3)

1120 Wanneer een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende veranderde seksuele gezondheid bespreekt met een patiënt kan – waar mogelijk en gewenst - de partner van de patiënt worden betrokken in het gesprek.

Aanbevelingen (A3)

1125 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.

- 1130 ➤ [U4] *Uitgangsvraag: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende seksualiteit bespreken bij patiënten met traumatische ervaringen?*

Kernaanbeveling [K4]

1135 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).

1140 ➤ *[U5] Uitgangsvraag: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?*

Kernaanbeveling [K5]

1145 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).

Aanbevelingen [A5]

1150 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 behandelmogelijkheden.

1155 5.3 Onderbouwing

Samenvatting literatuur van uitgangsvraag 3: Op welke wijze kan de verpleegkundige/verzorgende veranderd seksueel functioneren met de patiënt bespreken?

1160 Met betrekking tot deze vraag werden twee systematische reviews gevonden (Kotronoulas et al, 2009; Fletcher et al, 2009) en een NHG-richtlijn voor huisartsen (2015).

1165 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 seksueel functioneren 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.

1170 De studie van Fletcher en collega's (2009) betreft een review over problemen die kunnen worden verwacht in het seksueel functioneren als gevolg van MS en hoe een multidisciplinair team dit moet oppakken. Echter uitspraken over het bespreken van seksueel functioneren zijn in de review niet te herleiden naar geïncludeerde studies.

1175 In de NHG-richtlijn (bijlage 7) voor huisartsen (2015) worden op basis van literatuur en consensus in de werkgroep enkele formulering aanbevolen, welke behulpzaam kunnen zijn in het bespreekbaar maken van veranderd seksueel functioneren bij diverse aandoeningen.

Conclusies

1180 Er wordt door oncologieverpleegkundigen nog te weinig actief gesproken met patiënten over seksueel functioneren en vruchtbaarheidsissues (*Kotronoulas et al, 2009*)

De volgende formuleringen kunnen voor huisartsen behulpzaam zijn bij het bespreekbaar maken van seksuele problematiek.

- 1185
- 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?
- 1190
- Wilt u hier hulp voor? (*NHG-richtlijn, 2015*)

1195 *Samenvatting literatuur uitgangsvraag 4: Op welke wijze kan de 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.

1200 *Samenvatting literatuur uitgangsvraag 5: Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?*

1205 Vanuit de overkoepelende search (741 artikelen), zijn er 17 artikelen full tekst beoordeeld. Daarvan zijn er vijf geëxcludeerd omdat de onderbouwing ontbreekt (Newman, 2007), (Bostock & Kralik, 2008)(Grandjean & Moran, 2007)(Steinke, 2013)(Stausmire, 2004). Vier studies zijn geëxcludeerd ((Taylor et al., 2011) (Flynn, Kew, & Kisely, 2009)) omdat er recentere reviews waren over hetzelfde onderwerp. Er bleven vervolgens acht reviews/richtlijnen over die geïnccludeerd zijn.

1210 In bijlage 5 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 geïnccludeerd.

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

- 1215
- mannen en vrouwen
 - specifiek voor vrouwen
 - specifiek voor mannen

Richtlijnen

1220 Een richtlijn (Barbera et al., 2016) 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 seksuele gezondheid en veranderd seksueel functioneren door kanker of de behandeling met de patiënt plaatsvinden dat geïnitieerd wordt door een zorgmedewerker. 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 expert panel 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 bekkenbodembiotherapie.
- Bij 5: hormoontherapie dan wel medicatie (bv paroxetine) als hormonen niet acceptabel worden gevonden.
- Bij 6: hulpmiddelen als glijmiddelen en/of bevochtigingsmiddelen; werkt dit onvoldoende dan kunnen vaginale oestrogenen worden ingezet.
- 'Vaginal dilators' bij vaginisme of 'vaginal stenosis'.
- Eventueel ook bekkenbodembiotherapie bij pijn of andere bekkenproblemen.

Bij mannen wordt aanbevolen:

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

1225

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)).

1230

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

1235 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 3).

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.'

1245 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

1250 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 (informatievoorziening of behandeling) was effectiever op coping m.b.t. het seksueel functioneren dan gebruikelijke zorg.

1255 In een zwak uitgevoerde systematische review (n=16 RCT's) (Chisholm, McCabe, Wooten, & 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.

1260 **Conclusies**

Er is geen wetenschappelijk bewijs 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

1270 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)

1275 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)

1280 Vrouwen

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

1285 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)

1290 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)

1295 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)

1300 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

1305 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)

1310 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)

1315 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 prostaat kanker effectief is om het seksueel functioneren te verbeteren (Chisholm, McCabe, Wootten, & Abbott, 2012)

1320

5.4 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. 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.

1325

1330

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.

1335

5.4.1 Kwaliteit van bewijs

De wetenschappelijke onderbouwing voor uitgangsvraag 3 *Op welke wijze kan de verpleegkundige/ verzorgende veranderd seksueel functioneren met de patiënt bespreken?* beperkt 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.

1340

1345

Voor uitgangsvraag 5 *Welke verpleegkundige interventies zijn relevant in verband met seksueel functioneren?* 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 seksueel functioneren 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.

1350

1355

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.

1360

5.4.2 Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Uit de literatuur komt geen informatie over gewenste of ongewenste effecten rondom het bespreken van (veranderd) seksueel gedrag. De werkgroep is van mening dat de levensfase waarin de patiënt/cliënt verkeert, maar ook diens cultuur, religie, waarden en normen, van invloed kan zijn op het initiëren van een gesprek en het bespreken van seksueel

- 1365 gedrag/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 verpleegkundige/verzorgende meespelen. De zorgverlener dient zich hiervan bewust te zijn.
- 1370 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 het seksueel functioneren 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 en andere chronische zieken
- 1375 waren er geen systematisch reviews geïncludeerd.

5.4.3 Patiënten perspectief

- Uit een behoeftenonderzoek onder 24 patiënten blijkt dat de drempel bij patiënten om naar een professional te gaan met een seksuele vraag hoog is. Patiënten proberen eerst van alles om zelf om te kunnen gaan met een seksueel probleem. Wanneer dit niet lukt, richten ze
- 1380 zich tot een professional. Patiënten hebben vooral behoefte aan professionele ondersteuning bij 'zwaardere' en minder voorkomende seksuele problemen. In het onderzoek 'Doneerjeervaring 2017' (NFK) werd onderzocht hoe patiënten en hun partners omgaan met zaken op het gebied van seksualiteit en intimiteit. 22% zegt niets
- 1385 te doen om zaken op te lossen en 15% loopt nergens tegen aan. Van de mensen die wel iets doen, geeft het overgrote merendeel van de patiënten (74%) en partners (87%) aan erover te praten met hun partner(s). De verschillen tussen mannen en vrouwen bij het omgaan met zaken op het gebied van seksualiteit zijn niet groot. Mannen praten iets vaker met de behandelaar hierover, zoeken iets vaker naar informatie bij de patiëntenvereniging en gebruiken vaker medicatie. Vrouwen geven aan vaker een hulpmiddel te gebruiken.
- 1390 Jongeren zoeken vaker informatie via internet en praten vaker over de wijze waarop ze omgaan met seksualiteit en kanker dan de oudere leeftijdsgroepen. De oudere leeftijdsgroepen zoeken vaker informatie bij hun patiëntenvereniging.

- 1395 De werkgroep benadrukt dat de openingsvraag cruciaal is voor het verloop van het gesprek over seksualiteit. Als deze sensitief en duidelijk wordt gesteld, wordt er zelden negatief gereageerd op de verpleegkundige/verzorgende. Dit vergt oefening. Het is een vaardigheid die de verpleegkundige/verzorgende moet aanleren. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor het wegnemen van eventuele terughoudendheid van jezelf als hulpverlener. Een goed voorbeeld hiervan is de '3 goede vragen methode'[11]:

- 1400
1. *Wat zijn mijn mogelijkheden?*
 2. *Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?*
 3. *En wat betekent dat in mijn situatie?*

- 1405 De werkgroep geeft aan dat deze manier van spreken al in veel zorgdomeinen wordt ingezet (o.a. ziekenhuis, huisartsenpraktijk). De verpleegkundige/verzorgende kan deze '3 goede vragen' aan de patiënt voorleggen om zo het gesprek over seksueel functioneren te openen. Bijvoorbeeld in relatie tot een eventuele behandeling.

[11] <https://3goedevragen.nl/>

1410

5.4.4 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%) (V&VN, Rutgers, Trimbos-instituut, 2019).

1415

1420

De verpleegkundige/verzorgende moet ervan uitgaan dat die het initiatief moet nemen als het gaat om het bespreken van seksualiteit omdat de patiënt dat vaak lastig vindt (Hardin, 2007; Steinke, 2013). Daarbij kunnen modellen als BETTER en PLISSIT worden gehanteerd. Met PLISSIT wordt een getrapte aanpak geïntroduceerd waarbij de opbouw is: 1.

1425

Toestemming geven om te praten over seksueel functioneren door het als gespreksonderwerp te introduceren; 2. Beperkte informatie geven; 3. Specifieke suggesties doen en 4. Intensieve therapie aanbieden (doorverwijzen naar een expert) (Rutte e.a., 2015).

1430

De verpleegkundige/verzorgende 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 verpleegkundige/verzorgende, 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:

1435

De zorgprofessional:

1440

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

1445

- o moet kennis hebben over seksualiteit en seksueel functioneren (waaronder de invloed van behandelingen en medicatie).
- o betreft de partner zoveel mogelijk bij de gesprekken over seksueel functioneren.
- o moet zoveel mogelijk aansluiten bij de specifieke situatie en behoeften van het individu.

1450

- o moet beschikken over goede communicatieve vaardigheden om het onderwerp zoveel mogelijk te normaliseren.
- o houdt rekening met culturele verschillen bij bespreken van seksualiteit.
- o doet er goed aan een training te volgen om seksualiteit te kunnen bespreken of dit op andere wijze te oefenen.

1455

- o maakt gebruik van uitnodigende signalen van de client.
- o maakt gebruik van momenten waarin het thema ter sprake komt en benut dit moment van contact om het mogelijk veranderd seksueel functioneren te bespreken.
- o weet welke collega's je kunt vragen om hulp rondom vragen over veranderd seksueel functioneren van cliënten en kent de sociale kaart.

- 1460 In de literatuur worden aanbevelingen gedaan voor verpleegkundige interventies bij veranderde seksuele gezondheid bij *diverse chronisch aandoeningen of fysieke beperkingen*:
- Bij letsel aan de ruggengraat/dwarslaesie: cliënten 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: cliënten 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 cliënten informeren over medicatie, vacuümpomp en electro-ejaculatie; vrouwelijke cliënten over oefeningen, vaginale dilators, glijmiddelen, verdovende gels en clitoris therapie apparaat. 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 cliënt 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. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn: 'Bent u het afgelopen jaar door iemand geraakt, geslagen, geschopt of anderszins fysiek gekwetst?' en 'Heeft iemand u het afgelopen jaar gedwongen tot seksuele activiteiten?' (Grandjean & Moran, 2007);
- Bij de verzorging van een patiënt die te maken heeft (gehad) met seksueel misbruik, kan 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.

1500 Wanneer je in gesprek gaat met patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen, is het belangrijk om het onderwerp niet zwaar te maken maar 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).

1505 verpleegkundige/verzorgende 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.

- 1510 Concluderend kan gezegd worden dat het van belang is dat de verpleegkundige/verzorgende 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 verpleegkundige/verzorgende moet zich ervan bewust zijn dat er sprake kan zijn van
- 1515 traumatische ervaringen en weten hoe dit besproken kan worden en eventueel doorverwezen.

5.4.5 Middelenbeslag

- 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
- 1520 bespreken met de patiënt/cliënt in alle zorgsectoren. Dit kan via verschillende kanalen georganiseerd worden, zoals Thuisarts.nl (voor informatie en psycho-educatie), de beroepsorganisatie V&VN, Rutgers, zorgvoorbeter.nl, Vilans, seksindepraktijk.nl. Daarnaast kunnen teambesprekingen over veranderd seksueel functioneren verpleegkundigen en
- 1525 verzorgenden 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 verpleegkundige/verzorgende zelf manieren vindt om veranderde seksuele gezondheid als vast onderdeel van diens werk te
- 1530 maken. De verpleegkundige/verzorgende dient vanuit een vertrouwensband met de patiënt te werk te gaan.

5.4.6 Organisatie van zorg

- Uit een systematische review van Bauer e.a. (2019) blijkt dat er tal van organisatorische
- 1535 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 professionals 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
- 1540 leven van cliënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Seksualiteit en daarmee aandacht voor veranderd seksueel functioneren is daar een onlosmakelijk onderdeel van. De werkgroep merkt op dat steeds meer thuiszorg en ouderenzorg organisaties 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
- 1545 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.

5.4.7 Maatschappelijk perspectief

- 1550 Er leven taboe en mythes rondom seksualiteit en seksuele gezondheid en deze vormen belemmerende factoren voor de bespreekbaarheid, zowel bij professionals als bij patiënten (Kotronoulas, 2009). Daarnaast worden seksuele hulpmiddelen voor patiënten vaak niet vergoed, zoals bijvoorbeeld glijmiddel of medicatie. Voor een verpleegkundige/verzorgende

1555 is het ook lastig om te weten wat er precies geadviseerd moet worden; het aanbod is groot maar de kennis op maat gering.

5.4.8. Toelichting beslisproces

1560 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
1565 aanvullende suggesties vanuit de topicgroep met betrekking tot de NHG-standaard. Deze vullen elkaar volgens de werkgroep goed aan.

1570 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.

6. Omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag

6.1 Uitgangsvraag

1575

- [U6] *Uitgangsvraag: Hoe kan de verzorgende/verpleegkundige omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten?*

6.2 Aanbevelingen

1580

Kernaanbeveling [K6]

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:

1585

- 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.

1590

6.3 Onderbouwing

1595

Selectie van literatuur

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 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.

1600

Conclusies

1605

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

6.4 Overwegingen

1610

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 experts op het gebied van seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag.

1615

Oorspronkelijk werden hiervoor focusgroepen georganiseerd, maar mede dankzij de pandemie werd dit niet mogelijk en is ervoor gekozen om gericht interviews te houden. 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.

1620 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.

1625 In een studie van Joller e.a. (2013) wordt interventies besproken zoals 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). Bij de genoemde interventies is een multidisciplinaire aanpak geassocieerd met een reductie van het gedrag en een vermindering van het gebruik van psychofarmaca (Joller e.a., 2013).

1630 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.

1635 Het is voor de verpleegkundige/verzorgende ook 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 sekswerk/sekszorg ook een uitkomst zijn voor patiënt net als voor een partner wanneer die hierin overvraagd wordt.

1645 **6.4.1 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 verzorgende/ verpleegkundige kan omgaan met seksueel ontremd en grensoverschrijdend gedrag van patiënten.

1650 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.

1655 **6.4.2 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 verpleegkundige/verzorgende of patiënt zich voelt in een bepaalde situatie en of beoordeeld worden of bepaald gedrag voortkomt uit bijvoorbeeld ziekten of medicatie.

1665 **6.4.3 Patiënten perspectief**

1670 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 zorgverlener, of zich er zelf toe aangemoedigd voelt.

6.4.4 Professioneel perspectief

1675 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).

1685 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 verpleegkundigen/verzorgenden 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.

6.4.5 Middelenbeslag

1700 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.

1705

6.4.6 Organisatie van zorg

1710 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

1715 ZorgMeldcode.

6.4.7 Maatschappelijk perspectief

1720 Seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag is een moeilijk onderwerp voor zowel professionals als slachtoffers. 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: zij zijn gespecialiseerd in het begeleiden en behandelen van mensen die te maken hebben (gehad) met seksueel geweld. Professionals dienen te weten dat dit een doorverwijsmogelijkheid is.

1725 6.4.8. Toelichting beslisproces

1730 Dit hoofdstuk bevat informatie vanuit de wetenschappelijke 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 door verpleegkundigen/verzorgenden. 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 verpleegkundigen en verzorgenden.

Bijlage 1. Algemene achtergrondgegevens

1735

De richtlijn is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep ‘Veranderd Seksueel Functioneren’ 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.

1740

1745

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.

1750

1755

Bijlage 2. Samenstelling werk- en adviesgroep

- 1760 Voor het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaard 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
- 1765 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.

1770

Werkgroep

Karin Jobse	Verpleegkundig specialist, V&VN VS, Trivium Meulenbeltzorg	Topicgroep H4
Annelies Killian	Psychiatrisch verpleegkundige, V&VN CP, Reinier de Graaf ziekenhuis	Topicgroep H3 Topicgroep H5
Annemarie Verwoerd	Verpleegkundig specialist, V&VN VS, 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	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
Margriet Pastor	POH-S, V&VN, Huisartsenpraktijk Ede	Topicgroep H4
Annemiek Verschoor	POH-S, V&VN, Gezondheidscentrum Ambachtsveld" te Oost Souburg	Topicgroep H5

Adviesgroep

Bert Messelink	NVVS
Liselotte Fischer	V&VN, Afd, SOV/Denktank GGZ/ SPV
Jeroen Dijkstra	Isala ziekenhuis
Leonie Bretelier	Anthonijs Ziekenhuis

Suzanne de Munnik	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Hans Rasker	Universiteit Twente
Anne Shouffoer	Leiden UMC
Jacqueline Fraanje	Rijndam Revalidatie
Hendrika Aartsma	GGZ Friesland
J. Beck	NVU / St Antoniusziekenhuis
Annetje de Rooij	Maasstadziekenhuis Rotterdam
Klaartje Spijkers	Patiëntenfederatie Nederland

1775 *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)	Projectmedewerker Rutgers
Ymke Kelders	Projectmedewerker Rutgers
Jeannet Kramer (t/m 2019)	Methodoloog Trimbos-instituut
Matthijs Oud (v.a. 2020)	Methodoloog Trimbos-instituut
Marjolein de Vries	Projectassistente Trimbos-instituut

- 1780 Conflicterende belangen van alle betrokken zijn inzichtelijk gemaakt. Alle 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' hebben bij aanvang en bij de afronding van de kwaliteitsstandaard een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard. 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.
- 1785 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

- 1790 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.
- 1795 Met behulp van de NOC worden vervolgens de gewenste zorgresultaten beschreven.
Tenslotte zijn met behulp van de NIC de bijbehorende interventies uitgewerkt.
- 1800 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
- 1805 Beïnvloedende factoren bij Seksueel Functioneren zijn:
Domein 1: Gezondheidsbevordering
Domein 2: Voeding
Domein 3: Uitscheiding/Uitwisseling
- 1810 Domein 4: Activiteit/rust
Domein 5: Waarneming/cognitie
Domein 11: Veiligheid/bescherming
Domein 13: Risico op afwijkende groei
- 1815 **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.
- 1820 Bepalende kenmerken:
 - verminderde reactie op stimuli
 - gebrek aan initiatief
- 1825
 - passiviteit
 - verbale aanwijzingen
- Risico op aantasting van de menselijke waardigheid: verhoogd risico op een ervaren verlies van respect en eer.*
- 1830 Bepalende kenmerken:
 - cultuurverschillen
 - ontbloting van het lichaam
 - inadequate deelname in de besluitvorming
 - verlies van controle over lichaamsfuncties
- 1835
 - ervaren indringing door zorgverleners
 - stigmatiserend label
- Identiteitsstoornis: onvermogen een geïntegreerd en volledig beeld van zichzelf te handhaven.*
- 1840 Bepalende kenmerken:
 - verstoord lichaamsbeeld
 - ineffectieve relaties
 - gevoelens van vervreemding

- 1845
- fluctuerende gevoelens over zichzelf
 - ineffectieve coping
 - ineffectieve rolvervulling

Bereidheid tot het verbeteren van het zelfbeeld.

Bepalende kenmerken:

- 1850
- 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
- 1855

Domein 6, klasse 2: Zelfachting

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

Bepalende kenmerken:

- 1860
- 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:

- 1870
- 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

1875 *Ineffectieve partnerrelatie: een patroon waarin wederkerige partners in elkaars behoeften voorzien.*

Bepalende kenmerken:

- 1880
- 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:

- 1885
- 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

1890 *Seksueel disfunctioneren: de situatie waarin iemand een verandering in het seksueel functioneren tijdens een of meer van de seksuele-responsstadia van verlangen, opwindend en orgasme die als onbevredigend of inadequaats worden gezien.*

1895 Bepalende kenmerken:

- Verandering in het bereiken van seksuele bevrediging
- Verandering in het bereiken van de vermeende seksuele rol
- Werkelijke beperking door ziekte

- 1900
 - 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

1905

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

Bepalende kenmerken:

- 1910
 - 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
- 1915
 - 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.

1920

Bepalende kenmerken:

- 1925
 - Veranderlijke stemmingen
 - Vervreemding
 - Angst
 - Vermijding
 - Depressie
 - Rouwen
 - Schuldgevoelens
 - Moedeloosheid
- 1930
 - 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.

1935

Bepalende kenmerken:

- 1940
 - verminderde productiviteit
 - zenuwachtigheid
 - slapeloosheid
 - verdriet
 - ongerustheid
- 1945
 - gevoelens van tekortschieten
 - prikkelbaarheid
 - verdriet
 - vrees

1950

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:

- 1955
 - 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

- 1960

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:
- 1965
 - kennis zoeken over nieuwe strategieën
 - sociale ondersteuning zoeken
 - toepassen van een breed scala aan emotiegerichte strategieën
 - toepassen van een breed scala aan probleemgerichte strategieën

- 1970

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:
- 1975
 - apathie
 - cognitieve verslechtering
 - verminderde perceptie
 - frequentie verergering van chronische gezondheidsproblemen
 - lichamelijke verslechtering
- 1980
 - tekort aan persoonlijke verzorging
 - sociale terugtrekking

- 1985

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:
- 1990
 - 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

- 1995

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:
- 2000
 - 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

- 2005

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

2010

Domein 10: Levensprincipes

Klasse 1: Waarden

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

2015

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

2020

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:

2025

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

Domein 12: Welbevinden

2030

Klasse 1: Lichamelijk welbevinden

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

Bepalende kenmerken:

2035

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

2040

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.

2045

Bepalende kenmerken:

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

2050

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.

2055

Bepalende kenmerken:

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

2060

BEINVLOEDENDE FACTOREN

2065 *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.

2070 *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.

2075 *Domein 3, Uitscheiding:* incontinentie van urine en/of faeces kan het gevoel van eigenwaarde verminderen emotionele stress geven. Ook maagdarmlaaiingen kunnen een negatief effect hebben op de seksualiteit.

2080 *Domein 4, Activiteit/rust:* Slaapgebrek kan leiden tot hormonale schommelingen, depressie en verstoring van het normale dag/nachtritme.

2085 *Domein 5, Waarneming/Cognitie:* Verandering en/of achteruitgang in persoonlijkheid, verwardheid en cognitie kan van grote invloed zijn op het seksueel functioneren.

2090 *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.

2095 *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 gebruikt 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)

2100 NANDA

2105 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.

2110 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.

2115

2120 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

2125 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.

2130 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 om structureel verpleegkundige zorgresultaten te beschrijven.

2135 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)

2140

NIC

2145 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.

2150 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)

2155

NHG richtlijn onderdeel seksualiteit

1: Vpk stelt vragen conform NHG richtlijn

- **2: Vpk gaat samen met patiënt onderzoeken wat hij/zij nodig heeft**
- 2160 • **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

- 2165 • 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.
- 2170 • Vrouwen met orgasmeproblemen, 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.
- 2175 • 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.

2180 **Verwijs naar gespecialiseerde GGZ**

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

Verwijs naar gynaecoloog/VS

- 2185 • Vrouwen met dyspareunie bij wie nadere diagnostiek geïndiceerd is; soms is er de mogelijkheid te verwijzen naar een vulvapoli 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

- 2190 • 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⁾
- 2195 • Een standsafwijking van de penis die penetratie lastig of onmogelijk maakt en waarvoor de man een behandeling of operatie wenst of overweegt.²⁷⁾

2200 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).

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

2205

Bijlage 4. Autorisatie

De richtlijn is door de volgende externe experts beoordeeld:

- Beoordelingscommissie V&VN

2210 **Bijlage 5. Patiënten perspectief**

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. Knelpunteninventarisatie en -analyse

2230

Proces knelpuntenanalyse

- Inventarisatie tijdens 1e werkgroep bijeenkomst 10-12-2018
- Aanvulling van de adviesgroep leden
- 2235 - 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
- 2240 - Nieuwsbrief Patiëntenfederatie met oproep voor patiëntenorganisaties

Knelpunten in de zorg

1. Actief bespreken van seksualiteit

2245

- 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

2250

- 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?

2255

- 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 VK/verzorgende en andere hulpverleners (medische staf)

2260

- 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

2265

- 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:

2270

- 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)

2275

2. Signaleren

2280

- o Er is geen routine in doorvragen en uitvragen
- o Er kan een generatieprobleem bestaan
- o Culturele verschillen in de samenleving
- o Attitude is belangrijk
- o 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.
- 2285 ○ 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

2290 3. Verpleegkundige interventies

- Kennis dient op peil te worden gehouden
- Interventies zijn er wel, maar doen en bespreken gebeurt te weinig
- Valkuilen zijn:
 - 2295 ● 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)
- 2300 ○ 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?)
- 2305

4. Doorverwijzen naar verdere hulp

- Afwezigheid van specialisten (bv. seksuologen) (naast seksuologen zijn er nu ook
- 2310 consultants 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
- 2315 ○ 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
- 2320 ○ 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
- 2325

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
- 2330 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

2335 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

2340

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

2345

8. Reflectie/ jezelf kennen

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

2350

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

2355

2360

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

2365

2370

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.

2375

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

2380

2385

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?

2390

Aanvullingen (gynaecoloog J. Dijkstra)

2395 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

2400 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!

2410 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 kwaliteitsstandaard komt vanuit V&VN: dus ik denk dat we de verzorgenden (niveau 3) ook steeds mee momenten nemen bij het ontwikkelen van deze standaard.

2415 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.

2420 ○ 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)

2425 ○ 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?

2430 ○ 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?

2435 Volgende punten van lid adviesgroep: Iwona de Jonge-Kramarz

Ad 1. Actief bespreken

○ Altijd bij iedere patiënt toestemming vragen voor gesprek over seksualiteit en seksuele gezondheid.

○ Anonimiteit waarborgen.

2440 ○ 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.)

2445 ○ Altijd bij cliënt vragen hoe belangrijk is seksualiteit voor de cliënt.

Ad 2. Signaleren

- Bij jongeren begeleiden: Sense vragen.

2450 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?

2455 ○ 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

2460 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

2465 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.

2470

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).

2475 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

2480 geen psychotherapeut om trauma met patiënt in details te bespreken. Bij vraag voor hulpverwijzing naar de behandelaar (arts) toe en hij verwijst cliënt verder door naar psycholoog.

Ad 6. Diversiteit

2485 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.

2490

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.

2495

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

2500 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

2505 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

2510

2515 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

2520 **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.

2525

Bijlage 7. Verantwoording per module

2530 5.1 Wetenschappelijke onderbouwing

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

Zoekstrategie

2535 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

2540 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
- 2545 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

2550 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 Dementia [tiab]	AND	Nurs* [tiab] OR Nursing [mesh] OR Nursing [subheading]	AND	Review [pt] Meta- analysis [pt] Meta-analy* [tiab] Systematic review [sb]

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

2555

Zoekstrategie in Cinahl

Zoektermen						
Thema		Subgroepen		Zorgprofessiona l		Studiedesig n
Sexual* [TI / AB] OR Sex [TI / AB] OR Seks [TI / AB] OR Sexual dysfunction, Male+ OR Sexual Dysfunction , Female+	AN D	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 Dementia [MH] OR Dementia [TI / AB] Chronic disease [MH] OR Chronic disease [TI / AB] OR	AN D	Nurs* [TI / AB] OR OR Nursing [MJ]	AN D	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

		Chronic illness [TI / AB] OR Chronic condition [TI / AB] OR Physical Disab* [TI / AB] OR Physical Handicap* [TI / AB] OR				
--	--	--	--	--	--	--

Zoekstrategie in PsycInfo

2560

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	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

		Disability Management [DE] OR Disabilities [DE] OR Disabled (Attitudes toward) [DE]				
--	--	---	--	--	--	--

Zoekstrategie in DARE

2565 In DARE is slechts één zoekterm mogelijk. Gezocht op 'sex*'. Vervolgens is handmatig geselecteerd op de relevante tijdsperiode.

Selectiestrategie

2570 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

2575 In de hoofdstukken waarin de bevindingen van de uitgangsvragen worden beschreven, is de kwaliteit van een richtlijn beoordeeld aan de hand van het AGREE¹² 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 AMSTAR¹³ 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

2590 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

2595 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'.

¹² Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument

¹³ AMSTAR: A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

2600 o **5.2 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).

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

2605



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	

2610 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 tijdsparing
 - 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.
-

2620

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.

2625

Implicaties van een sterke aanbeveling

Patiënten

2630 De meeste patiënten willen de aanbevolen actie en enkel een klein deel niet.

Clinicus

De meeste patiënten zouden volgens de aanbeveling behandeld moeten worden.

2635

Beleidsmakers

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

Implicaties van een zwakke (conditionele) aanbeveling

2640

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.

2645

Beleidsmakers

Discussie met en betrokkenheid van stakeholders is hier van belang.

2650

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 van belang wordt geacht om de verschillende opties aan te geven. In onderstaand overzicht staan een aantal passende formuleringen om de sterkte van de aanbeveling weer te geven:

2655

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

o **5.3 Verantwoording module Signaleren en diagnostiek veranderd seksueel functioneren**

2660

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?

2665

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

2670

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.

2675

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

Literatuursearch en selectie

- 2680 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).
- 2685

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 Systematic 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 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 Systematic 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 uitgebreider 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

o **5.4 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	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,

	<p>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 ontdebellen 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) (Rheume & 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, Wooten, & 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, correlatieel, 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	Includes only NRSI	No

NRSI	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.	Zeers eens
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Zeers eens
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	Zeers 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.	Zeers eens
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Zeers oneens
8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Zeers eens
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.	Zeers eens
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	Zeers eens
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	Zeers eens
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal.	Zeers eens
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	Zeers 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.	Zeers eens
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	Eens
18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.	Zeers 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.	Zeers eens
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.	Zeers 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	Studie kenmerken	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 onderzoeksdesigns	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 sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer: A systematic review	Redelijk	Systematische review met meta-analyse	11 studies	Patiënten met gynaecologische kanker	Psycho-educatie	Seksueel functioneren, Kwaliteit van leven en verschillende soorten psychologische uitkomsten.	RCTs	Depressieve symptomen verbeterde door de interventie maar kwaliteit van leven op bepaalde aspecten niet of was zelfs alleen de controle interventie (informatievoorziening) effectiever. Er waren geen verbetering in de interventie groep op seksueel functioneren, angst, aanpassing aan de ziekte, stemming, zelfvertrouwen, onzekerheid en coping..	AMSTAR: moderate quality review

(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)	Verschillende 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 Relationship Functioning in Men with Prostate Cancer	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 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.	AMSTAR: critically low quality review

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
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? RCTs NRSI	Yes Yes	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted	Yes Includes only RCTs	No meta-analysis conducted No meta-analysis conducted	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?	Yes	No meta-analysis conducted	Yes	No meta-analysis conducted	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?	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
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?	Yes	No meta-analysis conducted	No	No meta-analysis conducted	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	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.	Zeer eens	Zeer eens
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Oneens	Oneens
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	Zeer eens	Zeer eens
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.	Zeer oneens	Zeer oneens
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	Oneens	Oneens
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Zeer oneens	Zeer oneens
8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Zeer eens	Zeer eens
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.	Zeer oneens	Zeer oneens
22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.	Zeer oneens	Zeer oneens
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.	Zeer eens	Zeer eens
Algemeen oordeel	Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen)	Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen)

Bijlage 8. 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 (acut 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 9. Implementatie

Volgt nog.

Bijlage 10. Onderwerpen verder onderzoek (onderhoudsplan)

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 veranderd seksueel functioneren 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 settingen 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 settingen.

Bijlage 11. Literatuurlijst

Literatuur (in volgorde van opkomst)

Hoofdstuk 2

- GGZ Standaarden (2018). Zorgstandaard Seksuele disfuncties. Utrecht: GGZ Zorgstandaarden.
- Leusink, P., Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid*. Assen.
- Graaf, H. De., Wijsen, C. (2017) *Monitor Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit.
- Gianotten, W.I., e.a. (2008). *Seksualiteit bij ziekte of lichamelijke beperking*. Assen.
- Kedde, H. (2012). *Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren*. Tijdschrift voor Seksuologie, 36, 98-108.
- Dijk, L., van, Walle, R., van de (2012). *Behoeftonderzoek leeflijn seksuele ontwikkeling*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit.
- Hoekstra, T., e.a. (2014). *Quality of life and sexual problems in patients with heart failure*. Groningen.
- Schuurman, K.S.E., Rabsztyń, P.R.I., (2016). *Hoe bespreekbaar is seksualiteit in de zorgrelatie tussen professional en dwarslaesiepatiënt?* Nederlands tijdschrift voor revalidatiegeneeskunde, 6, 105-109.

Hoofdstuk 3

- Höing, M., e.a. (2017). *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn*. Bussum.
- Lankveld, J., van, Kuile, M., e.a. (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten.
- Basson, R. (2007). *Hormones and sexuality: Current complexities and future directions*. Maturitas, 57, 66-70.
- Basson, R., Brotto, L.A., e.a. (2005). *Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal*. Journal of Sexual Medicine, 2, 291-300.
- Lindau S.T., e.a. (2007). *A study of sexuality and health among older adults in the United States*. New England Journal of Medicine, 35, 762-774.
- Nicolosi A., e.a. (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.
- Gijs, L., e.a. (2018). *Leerboek Seksuologie*. Houten.
- Kleinplatz P.J., e.a. (2009). *From closet to reality: optimal sexuality among elderly*. Irish psychiatrist, 15-18.
- Beckman, N., e.a. (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, a279.

- Verschuren, J.E., e.a. (2010). *Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework*. Journal of Sex Research, 47, 153-170.
- Laumann E.O., e.a. (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.
- Oostrom S.H. van, e.a. (2011). *Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 155, 1-7.
- Weijmar Schultz, W., e.a. (2009). *Ziekte, handicap en medische interventies*. Houten.
- Bronner, G., Royter, V., e.a. (2004). *Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease*. Journal Sexuality and Marital Therapy, 30(2), 95-105.
- Graaf, H. De., e.a. (2009). *De seksuele levensloop*. Utrecht: Rutgers, kenniscentrum seksualiteit.
- Neufeld J.A., Klingbeil. F., e.a. (2002). *Adolescent sexuality and disability*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinical North America. 13(4), 857-73.

Hoofdstuk 4

- Hummel, S.B., (2017). *Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions after breast cancer*. Open Universiteit Nederland.
- Rutgers WPF, Saxion, Unie KBO, Actiz, NZCO, Viatence (2016). Manifest: Intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk verbonden.
- Mahieu L. & Gastmans C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1891-1905.
- Roelofs T.S.M., Luijkx K.G. & Embregts P.J.C.M. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 367-384, doi:10.1017/S1041610214002373
- Mahieu L., Anckaert L., Gastmans C. (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, doi:10.1007/s11019-014-9545-1

Hoofdstuk 5

- Grandjean, C., Moran, B. (2007). *The Impact of Diabetes Mellitus on Female Sexual Well-Being*. Nursing Clinics of North America, 42(4), 581–592.
- Junkin, J., Beitz, J. M. (2005). *Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice*. Journal of Wound, Ostomy, and Continence

Nursing : Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society,
32(2), 121–130.

- Nederlandse Federatie Kankerpatienten organisaties. (2017). *Doneer je ervaring*, Utrecht.

Hoofdstuk 6

- Heath, H. (2012). Sexuality and dementia: a review of research literature. *Journal of Dementia Care*, 20(4), 35–38.
- Higgins, A., Barker, P., e.a. (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 13(22), 1330–1334.
- Kamel, H. K., Hajjar, R. R. (2004). Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior--legal and ethical issues. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2 Suppl), S48-52.
- Rosen, T., Lachs, M. S., e.a. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10).
- Stubbs, B. (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.
- Tucker, I. (2010). *Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review*. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 683–692.
- Joller P., Gupta, N., e.a. (2013). *Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia*. *Canadian Family Physician*, 59, 255-60.