

MOET DE VERPLEEGHUISARTS HET NOG LEREN ?^o

E. Vonk*

Een oriënterend onderzoek onder artsen in opleiding tot verpleeghuisarts laat zien dat er in verpleeghuizen nog niet zo veel belangstelling is om seksualiteit te bespreken. Er wordt ingegaan op de houding die mensen hebben t.o.v. seksualiteit van ouderen en van de verpleeghuisarts in het bijzonder. Deze houding wordt als vermijdend omschreven. De invloed die dat kan hebben op patiënten wordt nader uitgewerkt. De vraag of de verpleeghuisarts op het gebied van seksualiteit een taak heeft wordt positief beantwoord. Dat de verpleeghuisarts niet alleen met de patiënt te maken heeft, maar ook met de invloed van de sociale omgeving wordt toegelicht.

De opleiding

In het cursorisch deel van de tweejarige vervolgopleiding tot verpleeghuisarts komt in de vorm van groepsonderwijs, begeleid door een verpleeghuisarts en een (verpleeghuis)psycholoog, een groot aantal onderwerpen aan bod waaronder een programma dat gaat over seksualiteit in het verpleeghuis. De onderwijsprogramma's bestaan uit leeropdrachten, geselecteerde literatuur en voorbereidingsopdrachten. Eén en ander dient van te voren te worden bestudeerd, waarna op de cursusdag door middel van theoretische inleidingen, discussies, oefeningen en casusbesprekingen de specifieke verpleeghuisgeneeskundige problematiek aan de orde komt. Bij het programma seksualiteit wordt vooral accent gelegd op eigen waarden en normen. De vele ontwikkelingen binnen de verpleeghuissector vragen van de opleiding een voortdurende afweging welke *onderwerpen relevant* zijn om opgenomen te worden in het curriculum. Is seksualiteit zo'n relevant onderwerp ?

De eindtermen van de opleiding (Leerplan vervolgopleiding tot verpleeghuisarts, 1995), die grotendeels overeenkomen met de taken uit het rapport van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (1992) : "functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts", geven geen duidelijk antwoord op deze vraag. Bij de omschrijving van de werkzaamheden in het behandelingsproces zou een vraag of probleem met seksualiteit benoemd kunnen worden gelijk elk ander verpleeghuisgeneeskundig probleem. Bij de overige taken wordt o.a. genoemd het behartigen van de belangen van de zorg voor ouderen, chronisch zieken/gehandicapten. Deze groep wordt grotendeels gekenmerkt door lichamelijke en vaak ook cognitieve achteruitgang. Veel verbetering in het functioneren is vaak niet haalbaar. Wel is het mogelijk de resterende capaciteit te benutten en de kwaliteit te verbeteren. Behoeftte aan bijvoorbeeld tederheid en intimiteit zijn basisbehoeften die ieder mens heeft. De arts zou zich sterk kun-

* Drs. E. Vonk, psychologe. Stafmedewerker Vervolgopleiding tot Verpleeghuisarts. Vrije Universiteit, Vakgroep HVS, v.d. Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

^o Met deze vraag als titel werd een bijdrage geleverd aan het symposium "Seksualiteit in het verpleeghuis", Rotterdam, 24 november 1995.

Geaccepteerd voor publicatie 28 maart 1996.

nen maken om de belangen van verpleeghuisbewoners met betrekking tot seksualiteit vertaald te krijgen in het zorgbeleid van de diverse instellingen.

De opleiding richt zich op *diverse vaardigheden* die nodig zijn om genoemde taken uit te kunnen voeren. Naast het leren van de probleem-georiënteerde methode van werken komen communicatie- en samenwerkingsvaardigheden aan de orde. In de managementprogramma's wordt de aandacht gevestigd op de rol van de arts in het totale beleid van de instelling. Is specifieke concentratie op het onderwerp seksualiteit dan nog nodig?

De situatie nu

Om een indruk te krijgen of seksualiteit een vast programmaonderdeel zou moeten blijven van het curriculum en zo ja waarop de inhoud van het programma zich dan zou moeten richten werd ongeveer een jaar geleden een oriënterend onderzoek gedaan bij de verpleeghuisartsen die in opleiding zijn aan de Vrije Universiteit.

Aan de betreffende artsen werden schriftelijk twee vragen gesteld met betrekking tot de aandacht voor het onderwerp seksualiteit in het verpleeghuis waar zij in opleiding zijn. Zestig artsen (ongeveer 70 %) beantwoordden de vragen. Allereerst werd gevraagd of in het opleidingshuis bij besprekingen over patiënten seksualiteit van bewoners een aandachtspunt is. Deze vraag werd 53 maal met "meestal niet", 3 maal met "meestal wel" en 4 keer met "weet niet" beantwoord.

De tweede vraag was erop gericht te achterhalen of er initiatieven waren om aandacht aan het onderwerp seksualiteit of intimiteit te gaan besteden. En zo ja, wat dan de aard was van de activiteiten. Hierop antwoordden 45 artsen met "geen", 11 met "wel" en 4 wisten het niet. De omschreven activiteiten waren vrijwel alle van zeer beperkte omvang en hadden niet het karakter van een veranderingsproject. Duidelijk werd dat in het verpleeghuis seksualiteit nog weinig belangstelling geniet.

Een verklaring zou kunnen zijn dat er geen vragen of problemen met betrekking tot seksualiteit zijn, maar dit lijkt niet waarschijnlijk. Een andere verklaring is dat de vragen de arts of de ziekenverzorgende niet bereiken omdat de patiëntenpopulatie nog niet gewend is deze zaken bespreekbaar te maken of de houding van de arts of ziekenverzorgende zelf, die nog onwennig zijn om vragen over seksualiteit te stellen.

De houding van de arts

Onder houding wordt verstaan een geneigdheid om positief of negatief te reageren ten opzichte van iets of iemand. In literatuuroverzichten (Ludeman, 1981) wordt gerapporteerd dat er een gebrek is aan kennis en er een *negatieve* attitude bestaat t.o.v. seksualiteit bij ouderen. Dit geldt niet alleen voor artsen, maar onze maatschappij ziet seksualiteit op hogere leeftijd als niet bestaand (Quinn-Krach & Van Hoozer, 1988). Dit beeld wordt nog eens versterkt bij geïnstitutionaliseerde ouderen. Het is moeilijk voor te stellen dat ouderen ook iets hebben met seksualiteit, vooral als ze ziek en afhankelijk zijn en opgenomen moeten worden in een verpleeghuis. In Amerika zijn onderzoeken gedaan naar de houding en kennis met betrekking tot seksualiteit van vooral verpleegkundigen die in de gezondheidszorg werken. Hieruit blijkt dat er enig verband is tussen kennis en attitude, en wel dat naarmate de kennis

groter, de attitude *positiever* wordt (Glass, Mustian & Carter, 1986; Quin-Krach & Van Hoozer, 1988).

De etnische achtergrond speelde tevens een rol (Quinn-Krach & Van Hoozer, 1988). Hoewel dit gegevens zijn uit Amerikaanse onderzoeken, is het voorstelbaar dat in onze samenleving een specifieke culturele achtergrond bepalend is voor de beeldvorming m.b.t. ouder worden en seksualiteit. Ook kwam naar voren dat naarmate er meer negatieve ervaringen waren er een meer negatieve attitude was. Onderzoek in zogenaamde nursing-homes bevestigt dat door meer kennis over seksualiteit bij ouderen er een meer positieve attitude ontstaat bij de medewerkers; maar ook bij bewoners en hun families. Meer kennis kan ook leiden tot meer restricties. Het gaat dan met name om mensen met een positie met verantwoordelijkheid, waarbij vervolgens de individuele behoefte ondergeschikt gemaakt wordt aan de instituutbehoefte; zij zijn bezorgd dat seksuele uitingen van sommige bewoners problemen teweegbrengen bij andere bewoners en familieleden. (Glass et al, 1986)

Voor opleidingen lijkt het van belang kennis bij hulpverleners te vergroten en daarmee mogelijk een positieve houding te bevorderen. Er zal aandacht moeten zijn voor een bewustwording van de eigen culturele achtergrond en de daarbij behorende opvattingen. Eigen ervaringen zullen gespreksonderwerp moeten zijn, op een wijze dat dit niet als negatief beleeft wordt.

Wanneer gesproken wordt over het bevorderen van een positieve houding komt de vraag op of die houding nu negatief is? Ervaring met verpleeghuisartsen in opleiding geeft niet zozeer een beeld van een negatieve houding als wel een *vermijdende* houding. Het bespreekbaar maken van seksualiteit roept problemen op, hetgeen leidt tot negeren: wat niet weet wat niet deert. Men ziet op dit gebied te weinig mogelijkheden om adequate zorg te bieden in een instelling, waar weinig gelegenheid is voor privacy en de meeste bewoners geen partner hebben. Gebrek aan kennis en tekort schieten van vaardigheden met betrekking tot dit specifieke onderwerp leiden dan tot vermindering. Een gedrag, waarbij altijd een oplossing gevonden moet worden voor een vraag of een probleem van een patiënt, kan hierbij parten spelen. Angst om vraagstukken te bespreken waarvoor niet meteen een antwoord klaar ligt, is dan een reden om deze kwesties maar uit de weg te gaan. Wanneer echter overduidelijk problematiek zich voordoet kan de arts er niet meer omheen en in die situaties zoekt deze samen met het team naar een oplossing.

Bewustwording van eigen houding, of die nu positief, negatief, dan wel vermijdend is en inzicht waardoor deze houding ontstaat, zijn belangrijke aspecten wanneer een thema als seksualiteit in de opleiding wordt besproken (Quinn-Krach & Van Hoozer, 1988).

Invloed houding op patiënt

De eigen houding heeft invloed op de patiënten. Diverse onderzoeken geven aan dat informatie aan ouderen m.b.t. seksualiteit bijdraagt aan een toename van seksuele belangstelling, ook bij degenen die in een instituut opgenomen zijn (White, 1982). De opname in het verpleeghuis brengt veel veranderingen met zich mee, die verwerkt moeten worden. Vaak hebben oudere mensen het overheersende beeld dat "alles" nu voorbij is, ook de seksualiteit. De verpleeghuismedewerkers dienen oog te hebben voor het verwerkingsproces. Door adequate aandacht en begeleiding kan een tijdelijk verminderde seksuele belangstelling weer groeien. Het bespreekbaar maken door de arts kan leiden tot meer kennis bij de patiënt en

meer belangstelling voor het eigen lichaam en seksgerelateerde aspecten zoals zelfzorg, er goed uit willen zien, een positief zelfbeeld, zich geliefd voelen. Wanneer de patiënt een partner heeft, kan deze betrokken worden bij het verwerkingsproces. Is er geen partner beschikbaar dan kan gezocht worden naar andere mogelijkheden: zelfbevrediging, wellicht een andere partner, of er kan voldoening gevonden worden in het onderhouden van relaties waarbij de seksuele behoefte gekanaliseerd kan worden in niet-seksueel getinte contacten met vrienden, kinderen en huisdieren (Ghusn, 1995). De patiënt zal oude beelden m.b.t. ziek zijn en ouder worden, moeten loslaten. De houding van de arts kan invloed hebben op de emancipatie van de patiënt zodat deze kan zeggen: "niet alles hoeft voorbij te zijn, ik heb nog behoeften en ik kan daarin keuzes maken of nog iets nieuws proberen".

Taak voor de verpleeghuisarts?

Hoort seksualiteit bij de taak van de arts i.c. de verpleeghuisarts? Seksualiteit is niet dwingend een *medisch onderwerp*. De persoonlijke opvatting, of seksualiteit mede de kwaliteit van het leven bepaalt, kan van invloed zijn of actieve bemoeienis ontstaat. Een moeilijkheid bij die persoonlijke zienswijze is echter dat seksualiteit niet zelden heel beperkt wordt opgevat en vooral geassocieerd wordt met het "doen". Een brede opvatting van seksualiteit zou wellicht ruimte kunnen bieden voor meer bemoeienis dan tot nu toe. De definitie van seksuele gezondheid is hiervoor bruikbaar (WHO-definitie) "*Seksuele gezondheid* bestaat uit een integratie van somatische, emotionele, intellectuele en sociale aspecten, en wel op een manier die positief verrijkend is en die de persoonlijkheid door de onderlinge communicatie en liefde versterkt". De verpleeghuisarts, die integrale zorg nastreeft voor zijn patiënten, kan hieraan extra betekenis geven, door seksuele gezondheid te bevorderen. Voor de verpleeghuisarts, als belangenbehartiger waar het gaat om de kwaliteit van het leven, ligt hier een duidelijke taak.

Seksualiteit is niet vanzelfsprekend een *probleemgebied*. Seksuele problemen worden bedekt, in vage termen gepresenteerd. Het is voor een patiënt ook niet zo gemakkelijk om de eigen seksuele behoefte onder ogen te zien. Mogen er seksuele gevoelens zijn als de partner is overleden? Is het niet raar op hoge leeftijd nog seksuele gevoelens te hebben? Als een patiënt deze gedachten onder ogen durft te zien, wil dat niet zeggen dat deze er dan ook over kan praten. De verpleeghuisarts zal moeten leren herkennen dat onder lichamenlijk gepresenteerde klachten en onder allerlei vragen gedachten met betrekking tot seksueel functioneren kunnen schuilgaan. Horen zaken als seksualiteit en intimiteit niet thuis in het *privé*-leven en is inmenging van de verpleeghuisarts zelfs ongewenst? De arts die respect heeft voor het persoonlijke leven, kan met zijn bemoeienis de patiënt een aanbod doen deze te ondersteunen binnen het verpleeghuis weer een *privé*-leven op te bouwen, maar zal wanneer de betrokkene dit wenst, zich hier niet verder mee inlaten.

Sociale omgeving

Wat kan de verpleeghuisarts, die eindverantwoordelijke is voor de inhoud van het integrale zorgplan, doen aan *omgevingsfactoren*? In het zorgproces wordt vaak veel overgelaten aan andere disciplines, met name de verpleging. Dit zorgaanbod dient gebaseerd te zijn op een

zorgvisie. In vele huizen ontbreekt een visie waar het gaat om seksualiteit. Ook hier ligt een taak voor de verpleeghuisarts.

Bij omgevingsfactoren wordt snel gedacht aan de verblijfsruimte en daardoor gebrek aan privacy. In veel verpleeghuizen, vooral de oudere, is weinig *accommodatie* om alleen, dan wel met een partner samen te zijn. Privacy komt echter niet alleen tot uitdrukking in ruimtelijke vormgeving, maar vooral ook in benadering van *medewerkers*. Het kan een heel verschil uitmaken of een bewoner gewassen wordt uit oogpunt van hygiëne of omdat het voor de bewoner prettig voelt er schoon uit te zien. Niet alleen de benadering van medewerkers is bepalend, de *medebewoners* zijn dat ook. De sociale controle is vaak groot. Heel gemakkelijk kan er een norm ontstaan waarbij alle seksueel getinte uitingen als ongewenst worden beschouwd of in ieder geval niet worden gestimuleerd. *Familie* is eveneens een factor: kinderen kunnen zich niet voorstellen dat vader of moeder nog seksuele behoefte heeft of nog kan denken aan een andere relatie. Het *management* tenslotte kan bang zijn voor de goede naam van de instelling en zal dientengevolge elk openlijk seksueel getint gedrag bestrijden. Door deze externe druk raakt de seksuele identiteit van de opgenomen patiënt verbrokkeld en nemen seksuele vaardigheden af.

Ter afsluiting

De verpleeghuisarts zelf heeft iets te leren, maar dit is ontoereikend als daarnaast niet ook een ontwikkelingsproces van de verpleeghuisomgeving plaatsvindt. De verpleeghuisarts is de discipline die een belangrijke spelfunctie in dit ontwikkelingsproces kan vervullen. Voor een leerproces is motivatie van belang. Verpleeghuisartsen moeten gemotiveerd worden om over het onderwerp seksualiteit in het verpleeghuis in gesprek te komen en het onderwerp niet langer te vermijden. Het leerproces kan worden gestart met het opdoen van ervaringen (bespreekbaar maken), zodat seksualiteit van ouderen in het verpleeghuis beter wordt begrepen en dit kan worden vertaald in een zorgvisie.

Summary

Is sex education necessary for nursing home physicians?

A pilot study among medical doctors who follow a vocational training for the nursing home physician revealed that the issue of sexuality is not a focus of concern in the nursing homes. An explanation could lie in the attitude toward sexuality of nursing home caretakers. The attitude of the nursing home physician seems to lead to avoidance of the subject of sexuality. It should be realized that this attitude can also affect the sexual behavior of the institutionalized aged. The position is taken that the nursing home physician has a task discussing the issue with the patient. He or she also has an important role in introducing a process of change in attitudes towards sexuality of nursing home patients in their institutional environment. Therefore, sex education is important for the nursing home physician.

Literatuur

- Ghusn, H. (1995). Sexuality in institutionalized patients. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*, 9: 475-486.
- Glass, J.C., R.D. Mustian, L.R. Carter (1986). Knowledge and attitudes of healthcare providers toward sexuality in the institutionalized elderly. *Educational Gerontology*, 12: 465-475.
- Ludeman, K. (1981). The sexuality of the older person: review of the literature. *The Gerontologist*, 21: 203-208.

- Funcieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts (1992).* Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen Utrecht.
- Quinn-Krach, P., H. Van Hoozer (1988). Sexuality of the aged and the attitudes and knowledge of nursing students. *Journal of Nursing Education*, 27: 359-363.
- Leerplan vervolgopleiding tot verpleeghuisarts (1995).* Verpleeghuisartsopleiding Vrije Universiteit, Amsterdam.
- White, C.B. (1982). Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11: 11-21.

Samenstelling Harmonet® per tablet 0,075 mg gestodeen en 0,02 mg ethinylestradiol. Indicatie Orale contraceptie. Contra-indicaties Bestaande tromboflebitis en trombo-embolische complicaties, diepe tromboflebitis en trombo-embolische complicaties in de anamnese, myocardinfarct of cerebrovasculair accident in de anamnese of bestaande angineuze klachten, aangetoond of vermoedelijk mammacarcinoom of oestrogeen-afhankelijk neoplasma, abnormale genitale bloeding door onbekende oorzaak, aangetoond of vermoedelijke zwangerschap, acute en ernstige chronische leverafwijkingen, sikkelcel anemie, ernstige diabetes mellitus met vasculaire veranderingen, aandoeningen van lipidenmetabolisme, herpes gestationis, verslechtering van otosclerose tijdens zwangerschap, overgevoeligheid voor Harmonet. Waarschuwingen/Voorzorgsmaatregelen Sigaretten roken verhoogt de kans op het ontstaan van ernstige cardiovasculaire bijwerkingen door het gebruik van orale contraceptiva, vooral bij vrouwen boven de 35 jaar. Bij eerste manifestaties van visusstoornissen het gebruik onmiddellijk staken. Ook dient navraag te worden gedaan naar de familie-anamnese en het voorkomen van stoornissen in het stollingssysteem. Bij ernstige hypertensie gebruik staken. Leveradenomen kunnen optreden, waardoor dodelijke intra-abdominale bloedingen kunnen ontstaan. Vrouwen met hart- of nierafwijkingen, convulsies, migraine, diabetes of astma onder zorgvuldige controle houden. Migraine kan ontstaan of verergeren. Bestaande leiomyomen van de uterus kunnen in grootte toenemen. Bijwerkingen Trombo-embolische complicaties, myocardinfarcten, coronaire afwijkingen, hypertensie, oogafwijkingen, galblaasafwijkingen, depressies, vochtretentie, cholestatische icterus, migraine, hoofdpijn en chloasma. Tijdens de eerste maanden: onregelmatige bloedingen en gastro-intestinale stoornissen.

U.R.

Volledige informatie op aanvraag beschikbaar.

Datum: augustus 1996.

Harmonet®
sub 21
voor starters en switchers



Wyeth Female Health AHP Pharma BV, Postbus 255, 2130 AG Hoofddorp.