

Onderzoek

Barrières bij het bespreken van seksualiteit bij patiënten met hart- en vaatziekten

Tialda Hoekstra¹, Anne Visser-Meily², Rebecca Y. Abma-Schouten³, Charlotte C. Tuijnman-Raasveld⁴, Ellen de Groot⁴, Tiny Jaarsma⁵

¹ Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Epidemiologie, Nederland

² UMC Utrecht, Hersencentrum, Afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sport, Nederland

³ Hartstichting, Nederland

⁴ Leids Universitair Medisch Centrum, Polikliniek Psycho Somatische Gynaecologie en Seksuologie, Nederland

⁵ Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Norrköping, Sweden

Samenvatting

Een hart- en vaatziekte kan leiden tot problemen met seksualiteit en veel patiënten hebben behoefte aan het bespreken van deze problemen met een zorgverlener. In hoeverre dergelijke gesprekken plaatsvinden tussen hulpverlener en patiënt en wat mogelijke barrières zijn voor hulpverleners is niet duidelijk. Met dit onderzoek wilden we inzicht krijgen in de huidige praktijk van het bespreken van seksualiteit met patiënten met hart- en vaatziekten en in de mogelijke barrières die zorgverleners ervaren bij het bespreken van de gevolgen van een hartaandoening of CVA voor de seksualiteit.

In totaal hebben 547 zorgverleners aan het onderzoek meegedaan, waarvan 305 werkzaam in hartrevalidatiecentra, 155 in hartfalen-poliklinieken, en 87 in CVA-revalidatiecentra in Nederland.

Minder dan de helft van de zorgverleners gaf aan seksualiteit regelmatig of vaak met hun patiënten te bespreken. Toch vond bijna 75% van de zorgverleners dat ze verantwoordelijk zijn voor het bespreken van seksualiteit. Zorgverleners gaven aan dat ze vaak niet weten hoe ze over het onderwerp moeten beginnen en dat ze onvoldoende opgeleid zijn om seksualiteit te bespreken met patiënten en hun partners. Een andere reden die de respondenten aangaven is dat er vaak geen structureel beleid of protocol aanwezig is waarin staat 'hoe en door wie' seksualiteit besproken dient te worden.

Naast het verbeteren van de praktische deskundigheid van zorgverleners op dit gebied, zou het bespreken van seksualiteit tot een vast onderdeel van het beleid binnen de instellingen moeten worden gemaakt.

Een hart- en vaatziekte zoals een hartinfarct, hartfalen of een cerebrovasculair accident (CVA), heeft impact op verschillende aspecten van het leven van patiënten, waaronder seksualiteit (Hoekstra, Jaarsma, Sanderman, van Veldhuisen, & Lesman-Leegte, 2012a; Jaarsma, Dracup, Walden, & Stevenson, 1996; Jaarsma, 2002; Rees, Fowler, & Maas, 2007; Schepers, 2006). Ruim 50% van de hartpatiënten heeft minder interesse in seks, is minder vaak seksueel actief, en beleeft

minder plezier aan seksualiteit (Hoekstra et al., 2012c; Jaarsma et al. 1996; Jaarsma, 2002; Mandras, Uber & Mehra, 2007). Daarnaast rapporteert bijna 40% van de mannen met een hartaandoening erectieproblemen (Hoekstra et al., 2012c). Patiënten na een CVA hebben vaak seksuele problemen (Rees et al., 2007), wat deels te maken heeft met cognitieve en emotionele stoornissen, waaronder depressieve klachten (Carlsson, Möller, & Blomstrand, 2003). Bij onderzoek onder CVA-patiënten die opgenomen waren in verschillende Nederlandse revalidatiecentra bleek dat 58% van de mannelijke CVA-patiënten en 45% van de vrouwelijke patiënten een verminderde seksuele activiteit te hebben. Partners van CVA-patiënten waren minder tevreden over het seksuele leven (32% tevreden) dan een normgroep (48%) (Visser-Meily, Post, Schepers, & Lindeman, 2005).

Patiënten schrijven hun seksuele problemen zelf vaak toe aan hun aandoening of aan de behandeling van de aandoening (Hoekstra et al., 2012c). Na de dia-

Dr. T. Hoekstra, post-doc onderzoeker

Prof. Dr. A. Visser-Meily, revalidatie-arts

Drs. R.Y. Abma-Schouten, psycholoog

Drs. Ch. C. Tuijnman-Raasveld, GZ-psycholoog, seksuoloog

Drs. H. E. de Groot, GZ-psycholoog, seksuoloog NVVS

Prof. dr. T. Jaarsma, verplegingswetenschapper

Correspondentieadres: Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Epidemiologie (FA40). Postbus 30.000, 9700 RB Groningen. E: t.hoekstra@umcg.nl

Ontvangen: 2 september 2013; Geaccepteerd: 26 januari 2014

gnose en tijdens de behandeling heeft men behoefte aan adequate informatie over het kunnen hervatten van seksuele activiteiten (Westlake, Dracup, Walden, & Fonarow, 1999). Echter, wanneer patiënten seksuele problemen met de behandelaar willen bespreken, vinden ze vaak dat de betreffende zorgverlener onvoldoende kennis en ervaring heeft om de problemen van de patiënt te kunnen begrijpen, of ervaren ze dat de zorgverlener zich schaamt om over dit onderwerp te beginnen (Gott & Hichliff, 2003; Traa, De Vries, Roukema, Rutten, & Den Oudsten, 2013). Toch is het belangrijk dat een gesprek over de gevolgen van de ziekte en de behandeling voor de seksualiteit plaatsvindt. Immers, als patiënten het idee hebben dat problemen met de seksualiteit ontstaan door bijwerkingen van medicatie, en zij hierover niet met hun arts durven spreken, bestaat het risico dat patiënten stoppen met het innemen van hun medicatie. Daarnaast is het tegenwoordig gemakkelijk om via het internet erectie bevorderende middelen (bijv. phosphodiesteraseremmers) te kopen zonder tussenkomst van een arts en zonder de informatie over mogelijke (gevaarlijke) interacties met andere, vaak cardiovasculaire, medicatie. Om deze reden is het uitermate belangrijk dat zorgverleners de gevolgen van een hartaandoening of CVA voor de seksualiteit met hun patiënten bespreken en waar nodig adviezen geven. Vooral ook omdat seksualiteit een belangrijk onderdeel is van de kwaliteit van de relatie en gerelateerd aan de algemene kwaliteit van leven van patiënten (Hoekstra et al., 2012a). In hoeverre zorgverleners echt dit gesprek aangaan is niet duidelijk.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de huidige praktijk van het bespreken van seksualiteit met patiënten met hart- en vaatziekten en in de mogelijke barrières die zorgverleners ervaren bij het bespreken van de gevolgen van een hartaandoening of CVA voor het seksleven.

Methode

Door middel van een gestructureerde vragenlijst werden gegevens verzameld bij zorgverleners uit 127 hartrevalidatie-instellingen, 122 hartfalen-poliklinieken en 34 CVA-revalidatie instellingen in Nederland. Per instelling werden vijf exemplaren van de vragenlijst naar de revalidatieafdelingen en drie exemplaren naar de hartfalenpoliklinieken gestuurd. Het aantal toegezonden vragenlijsten was gebaseerd op de ervaring dat in het algemeen er maximaal drie verpleegkundigen op een hartfalen-polikliniek werken, en het behandelteam op de revalidatie-afdelingen enigszins groter is. Bij de vragenlijst werd een brief meegestuurd met een korte uitleg over het onderzoek, en het verzoek de vragenlijst door de verschillende teamleden, zoals verpleegkundigen (hartfalen-poliklinieken), fysiotherapeuten, artsen, maatschappelijk werkers in te laten vullen en deze binnen twee weken te retourneren. De centra werden gebeld indien bleek dat zij binnen twee weken nog geen vragenlijst terug hadden gestuurd, met het verzoek de

vragenlijst alsnog in te vullen.

Vragenlijst

Twee vragenlijsten die in eerdere studies gebruikt zijn waren de basis voor onze vragenlijst.

Ten eerste werd een vertaalde versie van *'the nurses' survey of sexual counseling of myocardial infarct patients'* gebruikt (Steinke & Patterson-Midgley, 1996). Dit is een gevalideerde en betrouwbare vragenlijst die eerder is gebruikt in onderzoek naar het bespreken van seksualiteit. Van deze vragenlijst werden twee subschalen gebruikt ('praktijk' en 'verantwoordelijkheid'). De subschaal 'praktijk' bestaat uit acht vragen over de huidige praktijk met betrekking tot het bespreken van hervatten van seksuele activiteiten en het bespreken van seksuele problemen als gevolg van de hartziekte/CVA, bijvoorbeeld: "In het afgelopen jaar, met hoeveel procent van uw patiënten heeft u hun seksuele gezondheid besproken?" De subschaal 'verantwoordelijkheid' bestaat uit vijf vragen over de verantwoordelijkheid die door hulpverleners ervaren wordt met betrekking tot het bespreken van seksualiteit. Bijvoorbeeld: "Hulpverleners zoals u hebben de verantwoordelijkheid om seksualiteit met patiënten te bespreken."

Ten tweede werd een lijst van zestien mogelijke barrières bij het bespreken van seksualiteit, samengesteld door Doherty en collega's gebruikt (Doherty, Byrne, Murphy, & McGee, 2011; Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderman, & Jaarsma, 2012b; Waterhouse, 1996). Na discussies in een expertgroep (waarin cardiologen, een seksuoloog, verpleegkundigen en psychologen plaatsnamen), zijn de volgende zeven items aan deze lijst toegevoegd om meer inzicht te krijgen in mogelijke barrières: geen insteek of aanleiding hebben om over het onderwerp te beginnen, de patiënt begint er zelf niet over, seks is privé, geen band voelen met de patiënt, ik vind het zelf ongemakkelijk, ik zou het zelf ook niet prettig vinden, en patiënt is van hetzelfde geslacht.

De totale vragenlijst werd in een pilot van vier verpleegkundigen getest op duidelijkheid, volledigheid en tijdsbelasting. Naar aanleiding van de pilot werden alleen tekstuele en geen inhoudelijke wijzigingen aangebracht.

Analyse

De score van de subschaal 'praktijk' heeft een range van 0-32, waarbij een hogere score aangeeft dat seksualiteit vaker besproken wordt. Om de leesbaarheid van de data te vergroten, werden de scores voor de analyse op de zespuntschalen getransformeerd naar een vierpuntschaal: 'niemand' (0%), 'een klein deel' (1%-20% en 21%-40%), 'een groot deel' (41%-60% en 61%-80%) en 'bijna iedereen' (81%-100%). De score van de subschaal 'verantwoordelijkheid' heeft een range van 0-20, waarbij een hoge score een groter gevoel van verantwoordelijkheid met betrekking tot het bespreken van seksualiteit weergeeft.

Tabel 1. Karakteristieken respondenten (in percentages (aantal) of gemiddelde \pm standaard deviatie)

	Totaal (N=547)	Hartrevalidatie (n=305)	Hartfalen (n=155)	CVA (n=87)
Geslacht (vrouw)	75 (409)	71 (215)	81 (126)	78 (68)
Leeftijd	44 \pm 10	44 \pm 10	45 \pm 8	41 \pm 10
<i>Beroep</i>				
Verpleegkundige	41 (222)	27 (82)	79 (123)	20 (17)
Fysiotherapeut	21 (116)	34 (105)	1 (1)	11 (10)
Maatschappelijk werker	10 (57)	13 (39)	-	21 (18)
Psycholoog	7 (38)	8 (25)	-	15 (13)
Revalidatie-arts	5 (25)	2 (5)	-	23 (20)
Cardioloog	4 (19)	5 (16)	1 (2)	1 (1)
Anders	13 (70)	11 (33)	19 (29)	9 (8)
<i>Werkzaam in huidige beroep</i>				
0-5 jaar	27 (149)	22 (67)	32 (50)	37 (32)
6-10 jaar	24 (133)	21 (65)	31 (48)	23 (20)
10->	48 (263)	56 (172)	37 (57)	39 (34)
<i>Hoogst genoten opleiding</i>				
MBO	10 (56)	9 (28)	14 (21)	8 (7)
HBO	65 (351)	68 (206)	67 (103)	48 (42)
WO	97 (18)	17 (51)	7 (10)	41 (36)
Vervolgopleiding of workshop gevolgd m.b.t. seksualiteit	27 (149)	24(72)	28 (44)	38 (33)

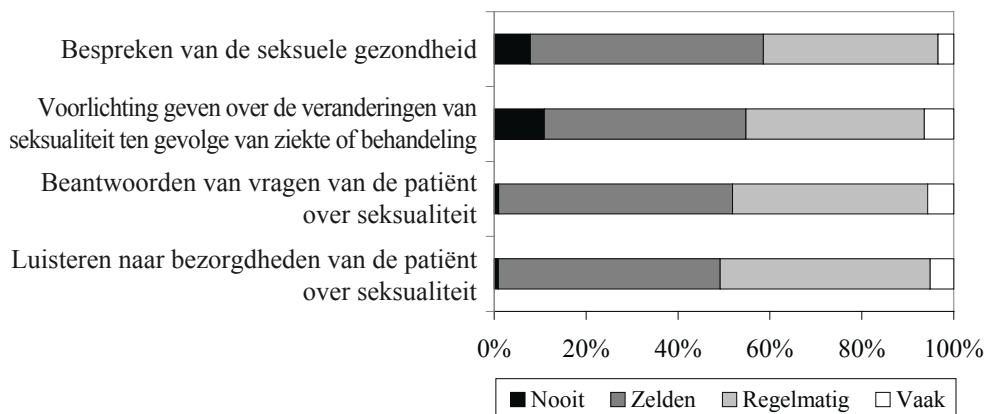
Data zijn met SPSS versie 16.0 voor Windows geanalyseerd (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA). Voor de demografische kenmerken en kwantitatieve gegevens werd beschrijvende statistiek toegepast. Waarden worden uitgedrukt als frequenties en percentages voor categorische data, en gemiddelden (\pm standaarddeviaties (SD)) voor continue data. Om te bepalen of de scores van de subschalen 'praktijk' en 'verantwoordelijkheid' significant verschillen tussen de drie centra, werd een ANOVA uitgevoerd, met de centra als onafhankelijke variabele en de scores op de subschalen als afhankelijke variabele. Een p-waarde <0.05 werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

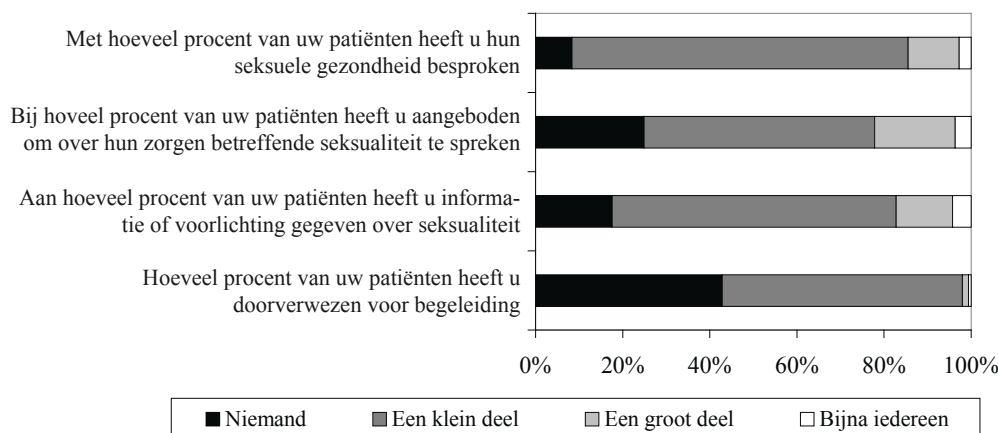
Van de 283 aangeschreven centra, hebben 226 minimaal één vragenlijst teruggestuurd (respons 80%). In totaal werd data verzameld van 547 zorgverleners die elk individueel een vragenlijst hadden ingevuld, 305 uit hartrevalidatiecentra, 155 uit hartfalen-poliklinieken, en 87 zorgverleners uit CVA-revalidatiecentra.

De meeste respondenten waren verpleegkundigen (41%) en fysiotherapeuten (21%). Een groot deel van de respondenten (49%) was langer dan tien jaar werkzaam in hun huidige functie. In totaal had 27% na het voltooien van de basisopleiding een vervolgopleiding of workshop gevolgd met betrekking tot het bespreken of behandelen van problemen met seksualiteit. Binnen

Figuur 1. Resultaten huidige praktijk met betrekking tot het bespreken van seksualiteit



Figuur 2. Resultaten huidige praktijk met betrekking tot het aantal patiënten waarmee seksualiteit het afgelopen jaar mee besproken is



de CVA-zorg was dit 38% vergeleken met 29% en 24% binnen respectievelijk de hartfalenpoliklinieken en de hartrevalidatiezorg (Tabel 1).

Subschalen Praktijk en Verantwoordelijkheid

Praktijk
De gemiddelde score (\pm SD) van de totale groep op de subschaal praktijk is 10 (\pm 4) (theoretische range 0-32), waarbij een hogere score aangeeft dat seksualiteit vaker besproken wordt. Deze subschaal werd het laagst gescoord door de respondenten uit de hartfalenpoliklinieken (10 (\pm 4)), en het hoogst door de respondenten uit de CVA-revalidatieteams (13 (\pm 5), $p < 0.001$) (Figuur 1 en Figuur 2).

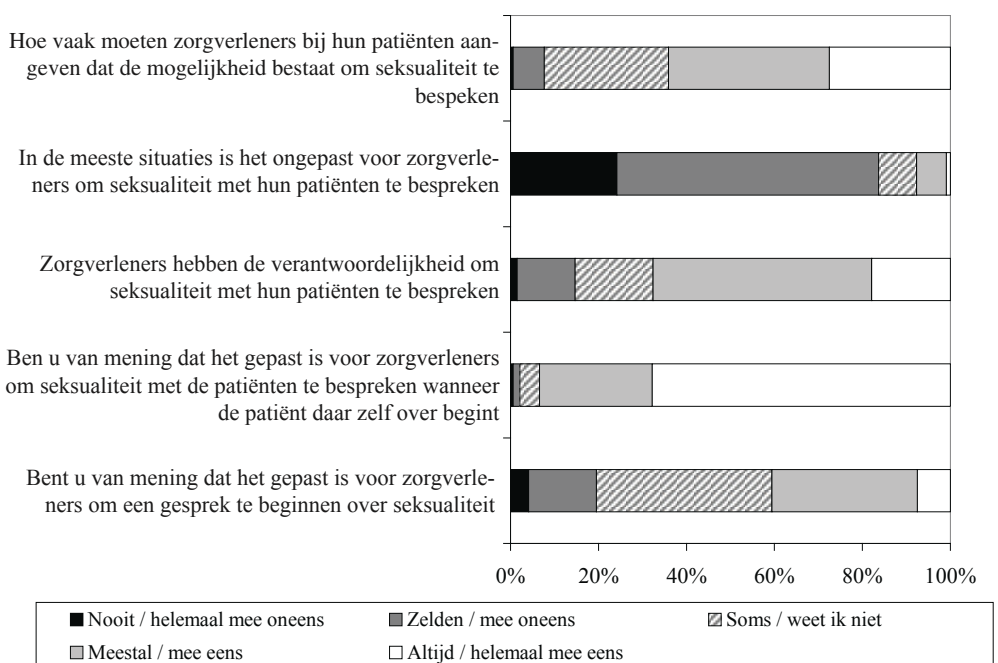
Minder dan de helft van de zorgverleners bespreekt seksualiteit met hun hart- en vaatpatiënten of geeft

voorlichting over de invloed van aandoening en bijbehorende medicatie op seksualiteit (Figuur 1). In de CVA-revalidatiecentra werd seksualiteit vaker besproken dan in de hartrevalidatiecentra en hartfalenpoliklinieken (respectievelijk 59%, 37% en 39% bespreekt dit regelmatig/vaak). Ook wordt er in de CVA-revalidatiecentra vaker voorlichting gegeven (56%, ten opzicht van 44% en 41%) dan in hartrevalidatiecentra en hartfalenpoliklinieken.

Verantwoordelijkheid

De gemiddelde score (\pm SD) op de subschaal verantwoordelijkheid is 14 (\pm 3) (theoretische range 0-20), waarbij een hoge score een groter gevoel van verantwoordelijkheid met betrekking tot het bespreken van seksualiteit weergeeft. De gemiddelde score van de

Figuur 3. Resultaten ervaren verantwoordelijkheid met betrekking tot het bespreken van seksualiteit



hartrevalidatiecentra was het laagste ($14 (\pm 3)$), en de gemiddelde score van de CVA revalidatiecentra het hoogste ($16 (\pm 3)$, $p < 0.001$) (Figuur 3).

Barrières

Van de in totaal 23 mogelijke barrières voor de zorgverlener om seksualiteit te bespreken, werden de volgende vijf barrières het vaakst genoemd: geen insteek of aanleiding hebben, onvoldoende training, patiënt begint er zelf niet over, redenen gerelateerd aan cultuur en religie en redenen gerelateerd aan taal en etniciteit. Dat de patiënt van hetzelfde of van het andere geslacht is, wordt door de zorgverleners vrijwel nooit als een barrière ervaren. De resultaten verschilden vrijwel niet tussen de drie soorten centra, behalve dat bij de hartfalenpoliklinieken vaker de hoge leeftijd van de patiënt als een barrière werd gezien, en bij CVA-revalidatiecentra het hebben van onvoldoende kennis (Tabel 2).

Beleid en moment van bespreken

Bij de helft van de hulpverleners uit de CVA-revalidatiecentra is er afgesproken wie wat en wanneer bespreekt in het revalidatietraject met betrekking tot het bespreken van seksualiteit met de patiënten. Dit is bij de hartfalenpoliklinieken en hartrevalidatiecentra bij een derde van de hulpverleners. In deze centra wordt

er bij ruim 10% van de hulpverleners structureel gerapporteerd over het bespreken van seksualiteit. In de CVA revalidatiecentra ligt dit hoger, op ruim 20% (Tabel 3). Verder beschrijft men dat er niet altijd een geschikte ruimte op de werkplek aanwezig is om seksualiteit met patiënten te bespreken.

Aan de hulpverleners werden vijf mogelijke opties voorgelegd wanneer volgens hen het meest geschikte moment is om seksualiteit te bespreken. De meerderheid van de hulpverleners in de hart- en CVA-revalidatiezorg vond het meest geschikte moment tijdens de revalidatie. De hulpverleners van de hartfalenpoliklinieken vonden tijdens het bespreken van de medicatie en tijdens een vervolgbezoek op de polikliniek het meest geschikte moment (Tabel 3).

Discussie

Eerder onderzoek geeft aan dat veel patiënten problemen ervaren met hun seksualiteit als gevolg van hun aandoening of de behandeling daarvan, en de behoefte hebben om dit met hun zorgverlener te bespreken (Gott & Hinchliff, 2003; Traa et al., 2013; Westlake et al., 1999). Uit ons onderzoek blijkt echter dat minder dan de helft van de zorgverleners in de hart- en vaatzorg dit regelmatig bespreekt, ondanks het feit dat de meerderheid van de zorgverleners zich wel verantwoordelijk

Tabel 2. Barrières die hulpverleners weerhouden bij het bespreken van seksualiteit (percentages (aantal) "(geheel) mee eens")

	Totaal (N=547)	Hartrevalidatie (n=305)	Hartfalen (n=155)	CVA (n=87)
Geen insteek of aanleiding hebben	44 (242)	50 (151)	35 (54)	43 (37)
Onvoldoende training	42 (230)	42 (127)	41 (63)	46 (40)
De patiënt begint er zelf niet over	41 (223)	45 (137)	36 (55)	36 (31)
Cultuur en religie	36 (194)	33 (100)	39 (61)	38 (33)
Redenen gerelateerd aan taal en etniciteit	35 (192)	33 (102)	36 (56)	39 (34)
Hoge leeftijd van de patiënt	31 (167)	26 (80)	39 (61)	30 (26)
Patiënt is te ziek om seks te bespreken	29 (160)	26 (80)	34 (53)	31 (27)
Onvoldoende kennis	27 (148)	24 (74)	27 (41)	38 (33)
Seks wordt niet als probleem ervaren	26 (141)	26 (80)	21 (33)	32 (28)
Aanwezigheid van een derde partij	21 (116)	22 (66)	17 (27)	26 (23)
Bezorgd om de patiënt te verontrusten	18 (98)	18 (56)	17 (27)	17 (15)
Patiënt is er nog onvoldoende klaar voor	18 (97)	16 (48)	19 (29)	23 (20)
Seks is privé	18 (96)	18 (55)	18 (28)	15 (13)
Het is de taak van een ander	17 (90)	24 (72)	5 (7)	13 (11)
Ik vind het zelf ongemakkelijk	15 (80)	17 (51)	9 (14)	17 (15)
Geen band voelen met de patiënt	13 (69)	14 (42)	10 (15)	14 (12)
Bang zijn om de patiënt te beledigen	12 (65)	14 (42)	7 (11)	14 (12)
Gevoel van schaamte	12 (64)	13 (39)	10 (15)	12 (10)
Onvoldoende tijd	12 (63)	11 (33)	14 (21)	10 (9)
Ik zou het zelf ook niet prettig vinden	10 (55)	12 (36)	8 (12)	8 (7)
Leeftijdverschil tussen u en de patiënt	10 (52)	12 (35)	6 (9)	9 (8)
Patiënt is van het andere geslacht	3 (18)	5 (15)	1 (1)	2 (2)
Patiënt is van hetzelfde geslacht	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)

Tabel 3. Mening rondom het beleid en moment betreffende het bespreken van seksualiteit (percentages (aantal) "ja")

	Totaal (N=547)	Hartrevalidatie (n=305)	Hartfalen (n=155)	CVA (n=87)
<i>Beleid</i>				
Beleid op de afdeling voor het bespreekbaar maken van seksualiteit?	34 (187)	32 (96)	30 (47)	51 (44)
Structurele rapportage over het bespreken van seksualiteit?	14 (75)	13 (38)	12 (18)	22 (19)
Gelegenheid om seksualiteit in een omgeving met voldoende privacy te bespreken?	86 (472)	83 (253)	90 (139)	92 (80)
<i>Moment van bespreken</i>				
Tijdens revalidatie	62 (341)	72 (219)	34 (53)	79 (69)
Tijdens het bespreken van medicatie	51 (277)	43 (130)	69 (107)	46 (40)
Bij een vervolg bezoek aan de polikliniek	47 (256)	33 (100)	72 (111)	52 (45)
Bij het eerste bezoek aan de polikliniek	34 (185)	33 (102)	31 (48)	40 (35)
Tijdens ziekenhuisopname	17 (94)	21 (64)	14 (22)	9 (8)

voelt om seksualiteit te bespreken.

Vervolgens hebben we gekeken naar welke barrières zorgverleners ervaren, die hen er van weerhouden om seksualiteit met hun patiënten te bespreken. Als de patiënt niet zelf over seksualiteit begint, vinden zorgverleners het moeilijk het onderwerp aan te snijden. Tegelijkertijd vinden patiënten het ook moeilijk om zelf over dit onderwerp te beginnen als de zorgverlener het niet initieert (Gott & Hinchliff, 2003; Traa et al., 2013). Patiënten en zorgverleners hebben beide behoefte aan een duidelijke insteek of aanleiding. De vraag is echter of dit noodzakelijk is. In een behandelrelatie is het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om aan te geven wat de gevolgen van een ziekte of medicatie kan zijn op het leven van de patiënt (Savage, 1987). Dit zou voor seksuele veranderingen net zo goed moeten gelden als voor de andere gevolgen van een ziekte, bijvoorbeeld lichamelijke conditie of stoelgang, die zorgverleners wel bespreken met hun patiënten. Daarnaast zullen patiënten niet automatisch de link leggen tussen hun hart- of vaatziekte en/of de medicatie en de gevolgen daarvan op hun seksuele leven. Dit heeft als gevolg dat zij hun eventuele seksuele problemen niet snel naar voren brengen bij een zorgverlener binnen de hart- en vaatzorg. Dit is nog een extra reden voor zorgverleners om de link wel aan te geven en minimaal te vertellen dat de ziekte en de behandeling mogelijk gevolgen kan hebben op de seksualiteit. Zorgverleners binnen de hartfalenzorg geven zelf al aan dat zij seksualiteit bij voorkeur naar voren brengen bij het bespreken van de medicatie (Hoekstra et al., 2012b). Van diverse cardiovasculaire medicatie, die regelmatig wordt voorgeschreven aan patiënten met hartfalen, is bekend dat ze mogelijk effect hebben op de erectie (Rosen, Kostis, Jekelis, & Taska, 1994; Silvestri et al., 2003). Dit kan een goede insteek zijn om de link naar seksualiteit te maken.

Verder blijkt onvoldoende opleiding en training van zorgverleners ook vaak als barrière te worden ervaren. Op dit moment zijn er enkele specifieke trainingen voor hulpverleners binnen de cardiovasculaire zorg, maar dergelijke trainingen zijn op dit moment dun gezaaid in Nederland.

In de onderzochte centra in Nederland blijkt over het algemeen geen structureel beleid te zijn vastgesteld met betrekking tot het bespreken van seksualiteit. Dit is opmerkelijk, aangezien de richtlijnen voor de behandeling van patiënten met hartfalen het bespreken van seksualiteit met zowel de patiënt als de partner aanbevelen (Dickstein et al., 2008). Wil het onderwerp echt besproken worden met de patiënt (en partner), dan moet er duidelijkheid zijn over op welk moment in de behandeling dit besproken dient te worden, welke zorgverlener hier verantwoordelijk voor is, en wat de mogelijkheden zijn voor de patiënt betreffende bijvoorbeeld erectie bevorderende medicatie en/of de mogelijkheid om te verwijzen naar een seksuoloog of andere specialist. In de revalidatiezorg is het gebruikelijk om de patiënt in kaart te brengen met het Revalidatie Activiteiten Profiel. Dit profiel bestaat uit vijf domeinen. Een daarvan is het domein 'relaties'. Hier wordt naar beperkingen gevraagd in het onderhouden van relaties met partner, kinderen en vrienden. Binnen deze paragraaf zou het onderwerp seksualiteit opgenomen kunnen worden. Daarnaast wordt steeds vaker gebruik gemaakt van de USER-P waarmee het participatieniveau van een patiënt in kaart wordt gebracht (Post et al., 2012). Een van de vragen heeft betrekking op de partner, en ook hier zou seksualiteit bij kunnen worden betrokken.

Een limitatie van de studie is de generaliseerbaarheid. We zijn ons er van bewust dat onze studiepopulatie mogelijk homogeen zal zijn. Dit kan het gevolg zijn van het feit dat we een aantal exemplaren van de vragenlijst naar de diverse centra in Nederland hebben gestuurd, en niet aan de individuele zorgverleners hebben gericht. De reden hiervoor is dat we verwachtten dat de respons hoger zou zijn wanneer de vragenlijst anoniem werd verstuurd. Een gevolg van deze benadering is echter dat we alleen informatie en demografische gegevens hebben ontvangen van de zorgverleners die wel hebben deelgenomen en er niets bekend is van de non-responders. Het is een logische aanname dat voor het grootste deel de zorgverleners die affiniteit met het onderwerp hebben de vragenlijst hebben ingevuld en terug gestuurd. Dit kan als gevolg hebben dat er een

oververtegenwoordiging in de studiepopulatie is van zorgverleners die zich niet alleen verantwoordelijk voelen voor het bespreken van het onderwerp seksualiteit, maar dit ook daadwerkelijk in praktijk brengen. We kunnen ons voorstellen dat de zorgverleners die niet het belang van het onderwerp zien, en zich dus ook niet verantwoordelijk voelen voor het bespreken van seksualiteit met hun patiënten, de vragenlijst ook niet hebben ingevuld en terug gestuurd. Een andere limitatie is dat we de validiteit van de gecombineerde vragenlijst niet hebben getest. We hebben de vragenlijst enkel op duidelijkheid, volledigheid en tijdsbelasting getoetst. Hoewel de beide vragenlijsten die in onze vragenlijst gecombineerd werden in eerder Europese studies gebruikt zijn, zijn ze niet primair ontwikkeld voor de Nederlandse populatie.

Conclusie

Zorgverleners binnen de CVA-revalidatie, hartrevalidatie en hartfalenpoliklinieken voelen zich verantwoordelijk voor het bespreken van seksualiteit met hun patiënten. Echter, in de praktijk zijn er een aantal barrières die hen hiervan weerhouden. Om de patiëntenzorg te verbeteren zou er meer aandacht geschonken moeten worden aan het verbeteren van de praktische deskundigheid van de zorgverleners, en het bespreken van seksualiteit zou tot een vast onderdeel van het beleid binnen de instelling moeten worden gemaakt.

Literatuur

- Carlsson, G. E., Möller, A., & Blomstrand, C. (2003). Consequences of mild stroke in persons <75 years -- a 1-year follow-up. *Cerebrovascular Diseases*, 16, 383-388. doi: 10.1159/000072561
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A., ... Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Journal of Heart Failure*, 10, 933-989. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.08.005
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy A. W., & McGee, H. M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: a national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 101-107. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002
- Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20, 90-95. doi: 10.1093/fampra/cm612
- Hoekstra, T., Jaarsma, T., Sanderman, R., van Veldhuisen, D. J., & Lesman-Leegte, I. (2012a). Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *American Heart Journal*, 163, 246-251. doi: 10.1016/j.ahj.2011.10.011
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012b). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 41, 492-499. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.009
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Luttik, M.L., Sanderman, R., van Veldhuisen, D. J., & Jaarsma T. (2012c). Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart*, 98, 1647-1652. doi: 10.1136/heartjnl-2012-302305
- Jaarsma, T. (2002). Sexual problems in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 61-67. doi: 10.1016/S1474-5151(01)00009-3
- Jaarsma, T., Dracup, K., Walden, J., & Stevenson, L. W. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 25, 262-270.
- Mandras, S. A., Uber, P. A., & Mehra, M. R. (2007). Sexual activity in chronic heart failure. *Mayo Clinic Proceedings*, 82, 1203-1210. doi:10.4065/82.10.1203
- Rees, P. M., Fowler, C. J., & Maas, C. P. (2007). Sexual function in men and women with neurological disorders. *The Lancet*, 369, 512-525. doi:10.1016/S0140-6736(07)60238-4
- Rosen, R. C., Kostis, J. B., Jekelis, A., & Taska, L. S. (1994). Sexual sequelae of antihypertensive drugs: treatment effects on self-report and physiological measures in middle-aged male hypertensives. *Archives of sexual behavior*, 23, 135-152.
- Savage, J. (1987). *Nurse, Gender and Sexuality (Nursing Today)*. United Kingdom: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Schepers, V. P. M. (2006). *Clinimetrics & determinants of outcome after stroke*. Utrecht, The Netherlands: Universiteit Utrecht.
- Silvestri, A., Galetta, P., Cerquetani Marazzi, G., Patrizi, R., Fini, M., & Rosano, G. M. (2003). Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *European Heart Journal*, 24, 1928-1932. doi: 10.1016/j.ehj.2003.08.016
- Steinke, E. E. & Patterson-Midgley, P. (1996). Sexual counselling of MI patients: nurses' comfort, responsibility, and practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 15, 216-223.
- Traa, M. J., De Vries, J., Roukema, J. A., Rutten, H. J., & Den Oudsten, B. L. (2013). The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners and health care professionals. *Supportive Care in Cancer*. Advance online publication. doi: 10.1007/s00520-013-2032-z
- Visser-Meily, A., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Spouses' quality of life 1 year after stroke: prediction at the start of clinical rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 310-316. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00355.x
- Waterhouse, J. K. (1996). *Development and testing of a structural equation model of nursing practice related to sexuality*. Doctoral dissertation. Newark, DE: University of Delaware.
- Westlake, C., Dracup, K., Walden, J. A., & Fonarow, G. (1999). Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, 1133-1138.

Summary

Barriers to discussing sexual health in patients with cardiovascular disease

Cardiovascular disease can lead to problems with sexuality and patients might want to discuss these problems with their healthcare provider. However, health care providers might be reluctant to discuss these. Little is known about the current practice of discussing sexual health and the possible barriers healthcare providers might have to discuss sexual health with their patients. The aim of the current study was to examine the current practice of discussing sexual health with patient with cardiovascular disease. We also aimed to describe possible barriers that are experienced by healthcare providers in discussing sexual problems with their patients.

In total, 547 healthcare providers participated in this study, 305 working in a cardiac rehabilitation centre, 155 in a heart failure clinic, and 87 in a stroke rehabilitation centre in the Netherlands. Less than half of the respondents reported that they discussed sexuality with their patients



on a regular basis, but almost 75% of the healthcare providers reported to feel responsible for discussing sexual health. Respondents reported that they often don't know how to initiate the subject, and that they had insufficient training to discuss sexuality with their patients and partners. Furthermore, they reported that an organizational policy or protocol is often missing, which makes it difficult to know 'how and who' should discuss sexuality within a team. This implies that in addition to improve the practical skills of the healthcare providers on how to discuss sexual health, it is needed to include this topic more standard in the policy of the team and organization.

Keywords: sexual problems, implementation, healthcare providers, heart and stroke patients, barriers

Trefwoorden: seksuele problemen, implementatie, zorgverleners, harten vaatziekte, barrières.

