ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Seksuele gezondheid bij de 50-plusser: een zaak van de huisarts?

door Simon Callewaert

masterproef aangeboden tot het behalen van de graad van Master in de huisartsgeneeskunde

o.l.v.
prof. I. Devisch, promotor
Dr. G. D'haene, copromotor

Abstract

Achtergrond: Seksualiteit is inherent aan het mens-zijn. Toch is er in de opleiding tot arts relatief weinig aandacht voor. Dit uit zich in het feit dat er weinig studies zijn en dat weinig studenten geneeskunde zich aan het thema wagen voor hun scriptie.

Doel: Het doel van deze studie is om na te gaan of er volgens de 50-plusser een rol is weggelegd voor de huisarts wat seksuele gezondheid betreft. Wensen zij op een proactieve basis bevraagd te worden over deze gevoelige materie? Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre de 50-plusser tevreden is over het seksueel functioneren, wat onderliggende factoren van ontevredenheid zijn, of zij hulp zoeken en wat de plaats is van educatieve middelen.

Methode: Tussen 1 september en 30 november 2018 werden 142 anonieme enquêtes uitgedeeld aan 50-plussers die zich op consultatie aanboden. Uiteindelijk werden 38 enquêtes weerhouden en gebruikt voor verdere analyse. Excel werd gebruikt om de resultaten op een overzichtelijke manier weer te geven en om de resultaten te kunnen beschrijven. Door middel van statistiek werden de relaties tussen de verschillende variabelen onderzocht. Hiervoor werd de Chi^2 test gebruikt.

Resultaten: Uit de enquêtes blijkt dat de seksuele activiteit significant afneemt naarmate de leeftijd toeneemt. 52,6% van de 50-plussers geeft aan nog seksueel actief geweest te zijn in de laatste 6 maand. Opvallend is dat, ondanks deze afname, de meerderheid (85,7%) seksuele tevredenheid een belangrijk onderdeel vindt om gelukkig te zijn en tegelijk aangeeft tevreden te zijn over het eigen seksleven (80,6%). De belangrijkste onderliggende factoren, die eventuele seksuele ontevredenheid kunnen verklaren zijn seksuele functiestoornis bij de partner (26%), verminderde aantrekking (23,7%), seksuele functiestoornis bij zichzelf (23,7%), verminderd libido bij zichzelf (15,8%), verminderd libido bij de partner (15,8%) en tenslotte andere fysieke problemen bij de partner (15,8%) of bij zichzelf (13,2%). Enkel de relaties seksuele tevredenheid versus seksuele activiteit en seksuele tevredenheid versus het libido van de partner waren statistisch significant. Ondanks dat een behoorlijk aantal 50-plussers één of meerdere problemen ondervindt en 84,2% op de hoogte is van medische hulpmiddelen voor sommige seksuele problemen, zocht slechts 10,5% van de respondenten ooit medische hulp. 47,7% zou dit echter in de toekomst wel doen. Opvallend is dat slechts 47,4% wenst proactief bevraagd te worden door de arts over zijn seksuele gezondheid. Een groter aantal zou informatieve folders (79%) en posters (63,2%) waarderen. Er werd een significant verband gevonden tussen seksuele activiteit en volgende variabelen: leeftijd, seksuele tevredenheid, verlaagd libido, partner verlaagd libido, verminderde aantrekking, partner fysieke problemen en seksuele functiestoornissen.

Conclusie: 50-plussers zijn vragende partij voor meer sensibilisering onder de vorm van affiches en brochures. Het is niet geheel duidelijk of de 50-plussers wensen proactief bevraagd te worden over hun seksuele gezondheid. Er kan dus geen voldoende onderbouwd advies gegeven worden over het al dan niet opnemen van een seksuele anamnese binnen een consult. Toekomstig onderzoek naar de rol van de huisarts binnen dit onderwerp is wenselijk.

Inhoud

Inleiding…….. 1
Literatuur…….. 2
Onderzoeksvraag……..4
Methode…….. ….. 5
Resultaten……..6
Discussie…….. 8
Besluit en aanbevelingen…… 11
Referenties……12
Appendix 1……13
Appendix 2……16
Appendix 3……17

Inleiding

Seksualiteit is een onderdeel van ons bestaan. Seksualiteit omvat voor de mens, in tegenstelling tot voor de meeste diersoorten, meer dan enkel voortplanting. Seksualiteit is een beleving en heeft een invloed op het geluk en het welzijn van de mens.

Seksuele gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie als volgt gedefinieerd: “seksuele gezondheid is een fysieke, emotionele, mentale en sociale mate van welzijn gerelateerd met seksualiteit; het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebreken. Seksuele gezondheid omvat een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties evenals de mogelijkheid van mensen om genotvolle en veilige seksuele relaties aan te gaan vrij van dwang, discriminatie en geweld. Opdat mensen de hoogste standaard van seksuele gezondheid zouden kunnen bereiken moeten ze hun eigen keuzes kunnen maken op vlak van voortplanting en seksualiteit en moeten ze zich zelfzeker en geborgen voelen in het uitdrukken van hun seksuele identiteit” (WHO, 2006).

Ondanks de belangrijke rol die seksualiteit vervult in het leven van de mensen valt het op dat er tijdens de opleiding tot arts weinig aandacht wordt besteed aan de seksuele gezondheid, in het bijzonder aan de psychische component. Tijdens stages wordt het voor de student duidelijk dat het onderwerp zowel voor arts als patiënt voor de nodige schroom zorgt. Het thema wordt dan ook veelal ontweken en komt ondanks zijn belang weinig aan bod. De schroom valt verder ook af te leiden uit de zeldzaamheid van grootschalig kwalitatief onderzoek naar de materie en uit de weinige masterproeven van huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen over een seksueel thema.

1. Literatuur

Het aantal studies die de prevalentie en incidentie van seksuele problemen onderzocht is schaars. Dunn et al. onderzocht in 1998 de prevalentie van seksuele problemen en de verschillende types van seksuele stoornissen in 4 huisartspraktijken in Groot-Brittannië. Men trachtte tegelijk een beeld te krijgen op het inschakelen van en de nood aan professionele hulp voor deze problemen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 50 jaar. 34% van de mannen en 41% van de vrouwen rapporteerden een seksueel probleem. Erectiele dysfunctie (22%) en vroegtijdige ejaculatie (11%) waren de meest voorkomende problemen bij mannen en namen toe met de leeftijd. Bij vrouwen werd vooral vaginale droogte (19%) gerapporteerd. 52% van alle respondenten die een seksuele dysfunctie rapporteerden zou graag professionele hulp krijgen voor zijn of haar probleem. Opvallend had slechts 1 op 10 van deze respondenten deze hulp ontvangen (4).

In 1997 vond Read S. et al. reeds zeer gelijkaardige prevalenties van dezelfde types seksuele problemen in een kleinere onderzoeksgroep. In deze studie beschouwden de grote meerderheid van de steekproef (70%) seksuele problemen als een geschikt onderwerp om met de huisarts te bespreken. Ondanks deze bevinding, werden seksuele problemen slechts in 2% van de huisartsdossiers vastgelegd (7).

In 2010 onderzocht Kedde et al. de incidentie van seksuele functiestoornissen in 80 huisartsenpraktijken in Nederland. Er werd een lichte stijging van de incidentie van seksuele functiestoornissen bij mannen gevonden. In 2001 was de incidentie 2,6 per 1000 mannen, in 2005 was er een toename tot 3,9 per 1000 mannen. Bij vrouwen was er geen toe- of afname van de incidentie (6).

Dr. Bogaert onderzocht in 2009 de visie van de huisarts op het al dan niet bespreekbaar maken van seksuele problemen met de patiënt. Hij onderzocht ook wat, volgens deze huisartsen, mogelijke barrières vormen om dit gespreksonderwerp aan te gaan. Zo bleken de belangrijkste barrières volgens de respondenten te zijn: schaamte van de patiënt, omdat de patiënt het een gevoelig onderwerp vindt, omdat de patiënten er zelf niet naar vragen, te weinig opleiding van de huisarts, te weinig tijd en te weinig doorverwijsmogelijkheden. Vooral een betere samenwerking tussen huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers, het volgen van een postgraduaat, een betere kennis van doorverwijsmogelijkheden en een folder over seksuele problemen ter beschikking hebben worden beschouwd als mogelijke oplossingen om die barrières aan te pakken (5).

In Vlaanderen ging in 2011 het Sexpert-onderzoek van start. Dit grootschalig bevolkingsonderzoek, geleid door de universiteiten van Gent en Leuven, is het eerste representatieve onderzoek dat het seksueel functioneren van de Vlaming in kaart brengt. 1825 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar werden door opgeleide interviewers aan de tand gevoeld door een combinatie van computer-geassisteerde persoonlijke interviews en zelf in te vullen vragenlijsten. De belangrijkste resultaten werden voorgesteld in het Vlaams Parlement op 13 februari 2013. Alle onderzoeksresultaten werden neergeschreven in het naslagwerk ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (2).

In de Sexpert-steekproef bleek 78,8% van de respondenten de laatste 6 maand seksueel actief te zijn geweest. Van de seksueel actieve respondenten verklaarde 72% tevreden te zijn met hun seksleven ten opzichte van 47,7% van de inactieven. 73,6% van de seksueel actieve respondenten geeft aan seks belangrijk te vinden tegenover 40,4% van de inactieven. Volgende redenen kwamen het meest naar voor om seksuele inactiviteit te verklaren: 'ik heb daar geen behoefte (meer) aan' (36,9%), 'ik heb geen relatie (meer)' (35,3%), fysieke gezondheidsproblemen (14,2%), partner overleden (11,9%), 'mijn partner heeft geen behoefte' (10,9%). Seksuele disfuncties lijken in een doorsnee populatie minder voor te komen: 5,4% zegt inactief te zijn omwille van een seksuele disfunctie bij zichzelf en 5,2% door een seksuele disfunctie bij de partner. Verder zijn fysieke gezondheidsredenen bij de partner (6,6%), het weigeren door de partner (2,5%) en zelf niet willen vrijen met de partner (3,5%) het vermelden waard. 10,9% van de Sexpert-respondenten die lijden aan een seksuele disfunctie gingen ten rade bij een hulpverlener. Dit is een status quo - of zelfs achteruitgang - ten opzichte van onderzoek van Mercer et al. uit 2003 die beschreven dat 10,5% van de mannen en 21% van de vrouwen hulp zoekt (8). Ook andere medische aandoeningen kunnen interfereren met de seksuele responscyclus (maligniteiten, hart- en vaatziekten, endocriene problemen, enzoverder). 11,1% had contact met een hulpverlener in verband met een verandering van seksleven omwille van een medische aandoening.

2. Onderzoeksvraag

De scriptie van Dr. Olivier Bogaert met als promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire vormt het uitgangspunt voor dit praktijkproject. Dr. Bogaert voerde in 2009 een onderzoek uit met als kernvraag wat de visie van de Vlaamse huisarts is op seksuele problemen en de aanpak ervan in de huisartsenpraktijk. Uit zijn resultaten blijkt dat de huisartsen het in het algemeen zeer belangrijk vinden om seksuele problemen te bespreken ondanks dat zij op barrières botsen.

Hier wordt de vraag omgedraaid en wordt vertrokken vanuit de denkwereld van de patiënt: vindt de patiënt de huisarts een geschikt aanspreekpersoon voor zijn seksuele klachten? Wenst deze patiënt dat de huisarts hem/haar proactief bevraagt over de seksuele gezondheid of is de patiënt van mening dat dit privé is en de arts er geen zaken mee heeft?

Daarnaast wordt er een klein epidemiologisch onderzoek verricht. Bedoeling is om de resultaten hiervan af te toetsen aan de resultaten bekomen door het sexpert-onderzoek. Dit leidt tot volgende vraagstellingen:

- Eigenschappen van de deelnemers: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, al dan niet seksueel actief?
- Hoe groot is de seksuele tevredenheid bij 50-plussers en hoe belangrijk schatten zij seksuele gezondheid in?
- Wat zijn de belangrijkste onderliggende factoren van seksuele ontevredenheid? Verlaagd libido? Verminderde aantrekking? Seksuele disfuncties? Andere medische aandoeningen? Het zelfbeeld?
- Zijn de mensen op de hoogte dat een arts meerwaarde kan bieden? Hoe vaak wordt er hulp gezocht? Vinden de mensen sensibiliserende media zoals folders en posters op hun plaats?

Het doel en de methodologie van het onderzoek werden goedgekeurd door een ethische commissie.

3. Methode

In een groepspraktijk in het rurale Avelgem werd, met de nodige duiding, een anonieme enquête uitgedeeld aan elke 50-plusser die zich aanbood op consultatie tussen 1 september en 30 november 2018. Er werd gekozen voor patiënten vanaf 50 jaar. Dit vanwege het feit dat deze leeftijd als mediaan wordt opgegeven door vrouwen als zijnde het moment van de menopauzale transitie. Berman & Goldstein et al. toonden aan dat de prevalentie van seksuele disfuncties 4 maal zo hoog is bij postmenopauzale vrouwen (1). Exclusiecriteria zijn 50-plussers op huisbezoek of patiënten waarbij de artsen zelf op een morele grens botsten. Deelname aan het onderzoek was vrijblijvend en anoniem. De resultaten werden gecollectioneerd in een gesloten enveloppe die men in de brievenbus kon deponeren.

De enquête werd gestructureerd opgebouwd. Eerst was er een voorwoord gericht aan de deelnemer waarin het doel werd uitgelegd en de nadruk werd gelegd op anonimiteit en vrijwillige deelname. Vervolgens werden er 23 vragen gesteld in 4 delen. Deel 1 (4 vragen) bevroeg de kenmerken van de deelnemer: geslacht, leeftijd, burgerlijke status en al dan niet seksueel actief zijn gedurende de laatste 6 maand. Deel 2 (2 vragen) polste naar de seksuele tevredenheid van de deelnemer en naar het belang van seksuele tevredenheid. Deel 3 (10 vragen) bevroeg het voorkomen van onderliggende factoren die verband kunnen houden met seksuele (on)tevredenheid zoals seksuele functiestoornissen of relationele strubbelingen. Deel 4 (7 vragen) polste naar de verwachtingen naar de arts toe. Zijn de mensen op de hoogte dat ze bij de arts terecht kunnen voor seksuele problemen? Zochten zij reeds hulp of zullen zij dit in de toekomst doen? Wensen zij proactief bevraagd te worden door de arts? Is er nood aan sensibilisering? Tenslotte in deel 5 stond het de deelnemers vrij om zelf aanvullingen of suggesties neer te pennen. Bij delen 2, 3 en 4 kon geantwoord worden volgens een 5-puntsschaal. De exacte enquêtevragen en antwoorden van de deelnemers zijn terug te vinden in appendix 1. Manuele toevoegingen en antwoorden op deel 5 staan opgelijst in appendix 2.

De resultaten werden uitgetypt in een werkblad met behulp van excel.

Door middel van statistiek werden vervolgens de relaties tussen de verschillende variabelen onderzocht. Hiervoor werd de chi^2 test gebruikt. De neutrale antwoorden (geen mening/niet van toepassing) werden niet meegenomen in de analyse omdat de chi^2 test dichotomie vereist. De chi^2 score werd vervolgens afgetoetst aan de kritische waarde om te bepalen of de betreffende relatie significant was. Tenslotte werden de p-waarden berekend. De analyses van de significante resultaten staan weergegeven in appendix 3.

4. Resultaten

Tussen 1 september 2018 en 30 november 2018 werden 142 enquêtes uitgedeeld aan 50-plussers die zich op consultatie aanmeldden. 44 patiënten vulden deze in en bezorgden deze terug. Dit levert een responsgraad van 31 percent. Zes enquêtes werden geëxcludeerd wegens onvolledig ingevuld. Er wordt aldus een steekproef van 38 respondenten bekomen. De verdeling over de verschillende vragen wordt in absolute waardes weergegeven in appendix 1.

De eigenschappen van de respondenten waren als volgt: 47,4% mannen en 52,6% vrouwen. 42,1% waren vijftigers; 18,4% zestigers; 23,7% zeventigers en 15,8% 80-plussers. 76,3% is gehuwd; 7,9% heeft een partner (ongehuwd) en 15,8% is weduwe/weduwnaar of alleenstaand. 52,6% van de 50 plussers is de laatste 6 maand seksueel actief geweest. De seksuele activiteit neemt sterk af bij de hogere leeftijdscategorieën.

De meerderheid van de respondenten, 85,7%, vindt seksuele tevredenheid een belangrijk onderdeel om gelukkig te zijn en is tegelijk tevreden over het eigen seksleven (80,6%). Er is geen statistisch significant verschil tussen de geslachten of tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Bij de bevraging naar onderliggende factoren die in verband zouden kunnen gebracht worden met seksuele tevredenheid reiken slechts weinig respondenten redenen aan voor seksueel disfunctioneren. 15,8% van de respondenten verklaren een verminderd libido te hebben of geen zin om te vrijen met de partner. Eenzelfde aantal legt het probleem van verminderd libido bij de partner. Bij 5% is er sprake van een vertrouwensbreuk in de relatie. Een groter aantal respondenten, 23,7%, geeft aan nog maar weinig aantrekking te ervaren ten opzichte van de partner. Voor deze groep is het vuur uit de relatie verdwenen. 23,7% heeft last van een seksuele functiestoornis en 26% vindt dat de partner een seksuele functiestoornis heeft. 13.2% zegt andere fysieke problemen te hebben die een negatieve impact op het seksueel functioneren. 15.8% ziet fysieke problemen van de partner aan de basis liggen van verminderd seksueel functioneren. Zo'n 13% heeft twijfels over het eigen lichaamsbeeld.

84.2% heeft weet van medische hulpmiddelen voor sommige seksuele problemen of ziet in dat de arts bepaalde seksuele problemen kan behandelen. Slechts 4 respondenten (10,5%) zochten ooit medische hulp. Nochtans geeft een groter aantal aan een seksuele functiestoornis of een ander fysiek probleem te hebben die interfereert met de seksualiteit. Daarentegen zouden 18 respondenten (47,7%) in de toekomst wel medische hulp inschakelen bij het ondervinden van een seksueel probleem. Daarnaast vond 76.3% van de respondenten het opstellen van deze bevraging een goede zaak. Slechts 18 respondenten (47.4%) wenst expliciet bevraagt te worden over zijn seksuele gezondheid. Anderzijds willen 8 respondenten (21%) hierover absoluut niet bevraagd worden door hun arts. Toch wenst

79% informatieve folders te ontvangen. 63.2% vindt informatieve posters op hun plaats in wachtzalen.

Er is een statistisch significant verband tussen seksuele activiteit en volgende variabelen: leeftijd (p=0,0004), seksuele tevredenheid (p=0,022), verlaagd libido (p=0,037), partner verlaagd libido (p=0,023), verminderde aantrekking (p= 0,037), partner fysieke problemen (p=0,0087), seksuele functiestoornissen (p=0,0056).

Er wordt enkel een significante relatie aangetoond tussen seksuele tevredenheid en een verlaagd libido bij de partner. Ook de seksuele activiteit is significant gerelateerd aan de seksuele tevredenheid. Er konden geen significante relaties aangetoond worden tussen seksuele tevredenheid en alle andere variabelen uit de enquête.

Er konden geen significante relaties aangetoond worden tussen de persoonlijke eigenschappen van de respondenten en de variabelen uit deel 4.

5. Discussie

In dit onderzoek vonden we dat de 50-plusser eerder tevreden is over diens seksueel functioneren. Een verlaagd libido van de partner en het al dan niet seksueel actief zijn zijn de enige variabelen die significant gerelateerd zijn aan een verminderde tevredenheid. Wat de seksuele activiteit betreft is er een statistisch significante daling merkbaar naarmate vorderende leeftijd. Bij de vijftigers was 81,3% van de respondenten de laatste 6 maand seksueel actief. Bij de zestigers was dit 71,4%. Vanaf 70 jaar zien we een sterke daling tot 22,2% van de respondenten. Geen van de 6 80-plussers is nog seksueel actief. Verder zijn er significante relaties aangetoond tussen seksuele activiteit enerzijds en seksuele tevredenheid, verlaagd libido, verlaagd libido van de partner, verminderde aantrekking, fysieke problemen van de partner en seksuele functiestoornissen anderzijds.

Ondanks het feit dat een grote meerderheid van de respondenten op de hoogte is van medische hulpmiddelen zocht slechts 10,5% van de 50-plussers in het verleden medische hulp. Een meerderheid van de 50-plussers was voorstander voor het uitdelen van folders die informatie geven betreffende seksuele problemen en hun mogelijke oplossingen. Ook de scriptie van Dr. Bogaert suggereerde folders als een belangrijk medium om barrières te doorbreken. Een selectievere groep vond het rechtstreeks bevragen over de seksueel gezondheid door de arts een goed idee. Slechts 47% reageerde positief op dit voorstel van een proactieve seksuele anamnese.

De resultaten van deze bevraging vertonen slechts enkele verschillen ten opzichte van de uitgebreidere Sexpertstudie. Het Sexpertonderzoek van Buysse et al. is een grootschalige ondervraging wat betreft het seksueel functioneren van de Vlaming in een leeftijdsgroep van 14-80 jaar. De 50-plussers vertegenwoordigen 39% van de respondenten in de Sexpertstudie. Hiermee zijn de ouderen relatief ondervertegenwoordigd. In ons onderzoek zijn wegens het opzet alle respondenten 50-plussers. Ook de 80-plussers worden meegenomen in de analyses. Op deze manier kan de oudere populatie vergeleken worden met de relatief jongere populatie van het Sexpertonderzoek. Vanuit deze optiek zien we dat de seksuele activiteitsgraad bij de 50-plussers een stuk lager is, namelijk 52,6% tegenover 78,8% bij de Sexpertstudie. Dit hoeft niet te verbazen want binnen het huidige onderzoek werd een significante relatie aangetoond tussen leeftijd en seksuele activiteitsgraad. De tevredenheid in Sexpert hing sterk af van de mate van activiteit. Dit werd gerepliceerd in het huidige onderzoek. In het algemeen lijken de 50-plussers meer seksueel tevreden dan de doorsnee populatie, dit ondanks het feit dat er meer seksuele functiestoornissen worden beschreven. Seksuele functiestoornissen lijken dus geen effect te hebben op seksuele tevredenheid. De mogelijkheid bestaat dat 50-plussers een andere betekenis geven aan hun seksuele gezondheid, seksueel leven en bijgevolg hun seksuele tevredenheid. Uit de toevoegingen van verschillende respondenten kunnen we afleiden dat niet zozeer de seks zelf belangrijk is, maar de aandacht meer en meer verschuift naar het samenzijn, het knuffelen, aandacht geven aan elkaar, …

Wat medische hulp zoeken betreft zien we een discrepantie: weinigen zochten ooit hulp maar een groter aantal zou dit in de toekomst toch doen. Het aantal dat medische hulp zou zoeken bij een seksueel probleem blijft alsnog de minderheid. Deze bevindingen sluiten aan bij voorgaand onderzoek van Buysse en Mercer.

De algemene methodologie tussen Sexpert en deze bevraging verschilt sterk. Sexpert hanteert een (deels) mondeling interview uitgevoerd door speciaal opgeleide interviewers. Een mondeling interview resulteert in hogere representativiteit vanwege een hogere responsgraad en een lagere item non-respons (3). Daarenboven kan er bij een mondeling interview extra verduidelijking worden gegeven bij de vragen. De enquête in dit onderzoek garandeert daarentegen volledige anonimiteit.

De huidige studie heeft enkele beperkingen. Door een lage responsgraad en een kleine steekproef is er geen totaalbeeld verkregen door de enquêtering. Daarnaast kan bias op verschillende niveaus worden gedetecteerd. Ten eerste is er mogelijks sprake van een selectiebias omdat de patiënten op huisbezoek niet werden geïncludeerd. Het is niet ondenkbaar dat deze patiënten, die veelal meer comorbiditeiten hebben, vaker alleen zijn, ed., de enquête verschillend zouden beantwoorden. Daarnaast waren er enkele specifieke casussen waar geen bevraging werd gedaan door morele bezwaren (bijvoorbeeld een nieuwe diagnose van prostaatkanker). Ten derde zullen door vergetelheid van de artsen ook een groep patiënten geen enquête hebben meegekregen. Uiteraard was deelname aan het onderzoek vrijblijvend. Men zou kunnen vermoeden dat personen die niet openstaan voor de materie de enquête naar de vuilbak verwijzen. De manier van collectie kan ook aan de basis liggen van een lage responsgraad. Het is niet ondenkbaar dat mensen denken dat hun enveloppe meteen wordt geopend wanneer ze deze in de brievenbus steken en aldus vrezen dat de anonimiteit verloren gaat. De enquêtering werd op zeer lokaal niveau uitgevoerd. Het is mogelijk dat er geografische verschillen zijn.

Wat het statistisch luik betreft was de keuze analytische test een beproeving. Er werd gekozen voor het gebruik van de chi^2 test om relaties te berekenen. De validiteit in kleine steekproeven is echter gering. Een Fisher exact test levert betere resultaten bij kleine steekproeven maar het gebruik ervan is beperkt tot 2x2 tabellen. Om de validiteit van de statistische uitkomsten te vergroten is een grotere steekproef vereist. Mede aan de basis van dit probleem zou kunnen liggen: het aanbieden van een neutrale antwoordmogelijkheid. Door het aanbieden van een antwoordmogelijkheid ‘geen mening/ niet van toepassing’ kunnen minder resultaten worden gebruikt voor statistische analyse. Deze antwoorden kunnen immers niet worden toegewezen aan een dichotome arm in de chi^2 test. Het is mogelijk dat het weglaten van een neutrale antwoordmogelijkheid en het aldus genereren van meer gepolariseerde resultaten en grotere kolomaantallen resulteert in statistische uitkomsten met grotere validiteit.

Toekomstig onderzoek waarbij grotere patiëntengroepen geïncludeerd worden zijn nodig om de validiteit van de studie te verhogen en meer onderbouwde uitspraken te kunnen doen rond de rol van de huisarts.

6. Besluit en aanbevelingen

Ondanks het belang van seksualiteit op het algemene welbevinden wordt er nog steeds te weinig medisch hulp gezocht. Nochtans is een meerderheid ervan overtuigd dat er medische hulpmiddelen bestaan en dat de arts seksuele problemen kan behandelen.

Er kan vanuit deze studie geen voldoende onderbouwd advies gegeven worden over het al dan niet opnemen van een seksuele anamnese binnen een consult. Toekomstig onderzoek naar de rol van de huisarts binnen dit onderwerp is wenselijk.

Uit dit kleinschalig onderzoek lijkt men te kunnen afleiden dat de 50-plusser vragende partij is voor meer sensibilisering onder de vorm van affiches en brochures. Een volgende masterproef zou erin kunnen bestaan om deze te gaan ontwerpen en te implementeren in de huisartsenpraktijk.

7. Referenties

1. Berman J.R., Goldstein I., Female sexual dysfunction, Urologic clinics of North America., 2001. 405-416.
2. Buysse A., Enzlin P., Lievens J., T'Sjoen G., Van Houtte M., Vermeersch H., Seksuele gezondheid in Vlaanderen., 2013.
3. De Leeuw E., Hox J., Dillman D., International handbook of survey methodology., 2008.
4. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI., Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Family practice 1998;15(6):519- 24.
5. Dr. Bogaert Olivier., Prof. Dr. De Lepeleire Jan., SEKSUELE PROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: De visie van Vlaamse huisartsen., 2009.
6. Kedde H, Leusink P, Verheij R. Incidentie van seksuele, reproductieve en relationele problemen in de huisartsenpraktijk. Resultaten van het landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Tijdschrift voor seksuologie 2010;34:67-73.
7. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. J Public Health Med 1997;19(4):387-91.
8. Mercer C.H., Sexual function problems and help seeking behavior in Britain: national probability sample survey., 2003., British medical journal, 327, 426-427.

Appendix 1: enquêteresultaten

- Eigenschappen van de respondenten

	50-60j	60-70j	70-80j	80+	n
man	6	3	6	3	18
vrouw	10	4	3	3	20
n	16	7	9	6	38

Gehuwd	29
Partner	3
Alleenstaand/weduwe/weduwnaar	6
N	38

Seksueel actief laatste 6 maand	20
Niet seksueel actief laatste 6 maand	18
N	38

- Belang van en tevredenheid over het seksueel functioneren

Is seksuele tevredenheid een belangrijk onderdeel om gelukkig te zijn?	1	2	3	4	5	n
	2	3	3	22	8	38

Bent u tevreden over uw seksleven?	1	2	3	4	5	n
	5	1	7	18	7	38

1: helemaal niet 2:niet erg 3: geen mening 4: eerder wel 5: zeer

- Onderliggende factoren die tevredenheid kunnen beïnvloeden

Ik heb een laag libido, geen zin in seks, ik wil niet vrijen met mijn partner.	1	2	3	4	5	n
	14	5	13	5	1	38

Mijn partner heeft geen zin in seks of wil niet met me vrijen.	1	2	3	4	5	n
	15	3	14	3	3	38

Er is een vertrouwensbreuk in de relatie. Er is wantrouwen.	1	2	3	4	5	n
	18	3	15	2	0	38

Ik voel me niet meer aangetrokken tot mijn partner. Het vuur is uit de relatie verdwenen.	1	2	3	4	5	n
	17	1	11	7	2	38

Ik heb last van een seksuele functiestoornis: erectieproblemen, orgasmestoornis,vaginale droogte, pijn bij het vrijen,…	1	2	3	4	5	n
	12	4	13	6	3	38

Mijn partner heeft last van een seksuele functiestoornis: erectieproblemen, orgasmestoornis,vaginale droogte, pijn bij het vrijen,…	1	2	3	4	5	n
	9	5	14	8	2	38

Ik heb andere fysieke problemen die seks moeilijk maken: gewrichtspijnen, kanker, huidproblemen, hart- en vaatziekten, kortademigheid, soa,…	1	2	3	4	5	n
	16	3	14	4	1	38

Mijn partner heeft andere fysieke problemen die seks moeilijk maken: gewrichtspijnen, kanker, huidproblemen, hart- en vaatziekten, kortademigheid, soa,…	1	2	3	4	5	n
	15	2	15	5	1	38

Ik twijfel over het eigen lichaamsbeeld: ik vind mezelf niet mooi, te dik,…	1	2	3	4	5	n
	15	5	13	5	0	38

Ik krijg de kans niet seksueel actief te zijn doordat ik alleen ben.	1	2	3	4	5	n
	20	0	14	2	2	38

1: helemaal niet akkoord 2: niet erg akkoord 3: geen mening/nvt 4: enigszins akkoord 5: volledig akkoord

- Bewustzijn over en vraag tot medische interventie

Ik ben ervan op de hoogte dat er medische hulpmiddelen bestaan voor sommige seksuele problemen. Een arts kan bepaalde seksuele problemen behandelen.	1	2	3	4	5	n
	2	1	3	8	24	38

Ik heb ooit medische hulp gezocht voor een seksueel probleem.	1	2	3	4	5	n
	22	3	9	2	2	38

Ik zou in de toekomst medische hulp zoeken voor een seksueel probleem.	1	2	3	4	5	n
	7	5	8	8	10	38

Ik vind het een goede zaak dat deze bevraging werd opgesteld.	1	2	3	4	5	n
	3	0	6	6	23	38

Ik zou het goed vinden dat mijn arts mij actief bevraagt over mijn seksuele gezondheid.	1	2	3	4	5	n
	4	4	12	9	9	38

Het zou goed zijn als er folders worden aangeboden over seksuele problemen.	1	2	3	4	5	n
	2	1	5	11	19	38

Posters met informatie over seksuele problemen hebben een plaats in de wachtzaal.	1	2	3	4	5	n
	4	2	8	6	18	38

1: helemaal niet akkoord 2: niet erg akkoord 3: geen mening/nvt 4: enigszins akkoord 5: volledig akkoord

Appendix 2: manuele toevoegingen van de respondenten

- Seksuele functiestoornissen:
    - ‘geen penetratie mogelijk want vagina is verstopt’
- Andere fysieke problemen die seks moeilijk maken:
    - ‘stoma’
    - ‘rugpijn/benen’
    - ‘zwaarlijvigheid’
- Medische hulp gezocht voor:
    - ‘bloed in sperma’
    - ‘kloofjes aan de vagina’
    - ‘pijn door verandering van slijm in de vagina’
- Heeft u nog persoonlijke aanvullingen of suggesties over hoe wij als arts dienen om te gaan met uw seksuele gezondheid?:
    - ‘neen, is privé’
    - ‘Door onze ouderdom zijn wij reeds enkele jaren op non-actief maar daarom niet minder gelukkig’
    - ‘Seks een zaak voor de huisarts? JA! Geef een folder mee om thuis te lezen. Een folder met een duidelijke boodschap: seks is van elke leeftijd en voor iedereen bespreekbaar met de huisarts. De consultatie erna hun mening vragen en of er nog vragen zijn. Zo zal de arts gauw ondervinden wie erover wil praten en wie niet. De meeste oudere patiënten hebben vroeger maar 1 arts gekend dus in een groepspraktijk zal er toch steeds die ene arts zijn die als vertrouwenspersoon wordt gezien als het over seks gaat.’
    - ‘Knuffelen en aandacht geven is even belangrijk.’
    - ‘Patiënten voorzichtig aanspreken. Drempelvrees wordt lager. Mannen willen misschien niet aanvaarden dat ze toch een probleempje hebben… Voor de vrouw is het soms ook moeilijk om hen te zeggen dat het niet altijd meer goed lukt. We zeggen dan wel dat het niet erg is om de man niet te frustreren alhoewel dat niet zo leuk is.’

Appendix 3: statistische berekeningen

- Leeftijd – seksuele activiteit 6m

	ja	nee	
50-60	13	3	16
60-70	5	2	7
70-80	2	7	9
80+	0	6	6
	20	18	38

$X^2_{(3)} = \sum_{\text{alle cellen}} (\text{Werkelijke waarde} - \text{Verwachte waarde})^2 / \text{Verwachte waarde}$

= 2,49 + 2,77 + 0,47 + 0,52 + 3,43 +1,76 +3,16 + 3,52 = 18,12

(kritische waarde 7,81) P = 0,0004

- Seksuele activiteit 6m – tevredenheid

	ja	nee	
ja	17	1	18
nee	8	5	13
	25	6	31

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 0,42 + 0,59 + 1,77 + 2,44 = 5,22$

(kritische waarde 3,84) P = 0,022

- Seksuele activiteit 6m – laag libido, minder zin

	Ja	nee	
ja	2	15	17
nee	4	4	8
	6	19	25

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 1,06 + 2,25 + 0,33 + 0,71 = 4,35$

(kritische waarde 3,84) P = 0,037

- Seksuele activiteit 6m – partner laag libido, minder zin

	ja	nee	
ja	2	15	17
nee	4	3	7
	6	18	24

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 1,19 + 2,89 + 0,4 + 0,96 = 5,17$

(kritische waarde 3,84) P = 0,023

- Seksuele activiteit 6m – verminderde aantrekking

	ja	nee	
Ja	4	15	19
nee	5	3	8

	9	18	27

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 0,86 + 2,04 + 0,43 + 1,02 = 4,35$

(kritische waarde 3,84) P = 0,037

- Seksuele activiteit 6m – fysieke problemen partner

	ja	nee	
Ja	2	15	17
nee	4	2	6
	6	17	23

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 1,33 + 3,76 + 0,47 + 1,33 = 6,89$

(kritische waarde 3,84) P = 0,0087

- Seksuele activiteit 6m – seksuele functiestoornis

	ja	nee	
Ja	4	15	19
nee	5	1	6
	9	16	25

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 1,18 + 3,73 + 0,66 + 2,09 = 7,66$

(kritische waarde 3,84) P = 0,0056

- Tevredenheid – Laag libido partner

	ja	nee	
Ja	3	14	17
nee	3	1	4
	6	15	21

$X^2_{(1)} = \sum_{\text{alle cellen}} (W - V)^2 / V = 0,71 + 3,03 + 0,28 + 1,21 = 5,23$

(kritische waarde 3,84) P = 0,022