KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

SEKSUELE PROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: De visie van Vlaamse huisartsen

Dr. Bogaert Olivier

Promotor: Prof. Dr. De Lepeleire Jan

Co-promotor: Dr. Raskin Theo, Huisarts te Sint-Truiden

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Achtergrond. Seksuele problemen zijn veelvoorkomend in de populatie, maar er wordt te weinig aandacht aan besteed.

Doel: Het doel van deze studie is om na te gaan wat de visie is van de Vlaamse huisarts op seksuele problemen en de aanpak daarvan in de huisartsenpraktijk.

Methode. Postal questionnaire. Via twee laboratoria, één in Limburg en één in West-Vlaanderen, werden 500 enquêtes verzonden naar huisartsen. De enquête bevatte demografische gegevens over de huisartsen, hun interesse in deze problematiek, hun opleiding en hun visie over het belang van het bespreken van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. Verder werden de barrières voor het bespreken van seksuele problemen bevraagd, alsook de suggesties om deze barrières op te lossen.

Resultaten. In totaal werden 179 enquêtes door de huisartsen ingevuld en teruggestuurd. Uit de enquêtes blijkt dat huisartsen het zeer belangrijk vinden dat seksuele problemen worden besproken. Ze vinden wel dat ze te weinig opleiding gehad hebben over de meeste facetten van seksuele problematiek. De voornaamste barrières die huisartsen aanhalen om dit onderwerp te bespreken 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. De voornaamste oplossingen om de barrières aan te pakken zijn een betere samenwerking tussen huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers (seksuologen etc.), meer opleiding, een betere kennis van doorverwijsmogelijkheden en een folder over seksuele problemen ter beschikking hebben.

Besluit. Seksuele problemen worden nog steeds te weinig besproken in de huisartsenpraktijk. Om deze problemen meer bespreekbaar te maken moet er meer opleiding voorzien worden, moet er een betere samenwerking zijn tussen huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers (seksuologen etc.) en een moeten huisartsen voorzien worden van folders over seksuele problemen.

Inhoudstafel:

1. Inleiding

2. Literatuurstudie

3. Onderzoeksvraag

    - Wat is het probleem?

    - Wat is de doelstelling?

    - Wat is de vraagstelling?

4. Enquête

    - Inleiding

    - Methode

    - Resultaten

    - Discussie

5. Besluit/Aanbevelingen

1. Inleiding

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor gezond leven en gezondheidsbevordering (1,2). Ook de seksuele gezondheidszorg kan hierin betrokken worden. Dan spreken we niet enkel over de behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie, maar ook over seksualiteitsbeleving en seksuele disfuncties. Als het gaat om de zorg aan patiënten met seksuele disfunctie, dan spelen huisartsen een cruciale rol (2).

Seksualiteitsbeleving is een zeer belangrijk aspect van het menselijk leven en bepaalt voor een deel het geluk en het welzijn van iemand. Een goede seksuele gezondheid bepaalt voor een deel dan ook de psychische en lichamelijke gezondheid. Negatieve omstandigheden op dit terrein kunnen juist zorgen voor veel fysieke en psychische problemen, bijvoorbeeld ten gevolge van een onvervulde kinderwens, seksueel geweld of seksueel disfunctioneren. Dat een getalsmatige benadering van seksuele en reproductieve problemen geen prioritair onderwerp vormt in de huisartsengeneeskundige literatuur, blijkt uit het geringe aantal publicaties dat de laatste decennia over dit onderwerp verschenen is. Grootschalig onderzoek naar de incidentie van seksuele gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk is schaars en veelal gedateerd (1).

Mensen met vragen of problemen kunnen terecht bij diverse professionals, waarvan de huisarts voor velen de meest voor de hand liggende is. Aangezien er in Vlaanderen nog geen gegevens beschikbaar zijn, is het is dan ook interessant om eens na te gaan wat de Vlaamse huisarts denkt hieromtrent. Wat is het standpunt van de Vlaamse huisarts over het bespreken van seksuele problemen? Vinden zij zichzelf de juiste persoon om seksuele problemen te bespreken? Wat zijn de knelpunten en de barrières in het bespreken van seksuele problemen? En wat zijn goede suggesties om deze barrières aan te pakken?

2. Literatuurstudie

Eerst werden quaternaire en tertiaire bronnen geraadpleegd met de zoekterm 'seksuele problemen' of 'sexual problems'. Dit resulteerde in 166 Nederlandse en 499 anderstalige richtlijnen, waarvan 2 Nederlandse en 1 Engelse werden weerhouden op basis van titel en abstract. Verder werden de zoekmachines Tripdatabase, Sumsearch en Pubmed geraadpleegd met de zoekterm 'sexual problems in general practice'. Dit resulteerde respectievelijk in 1040, 207 en 313 artikels, waarvan respectievelijk 2, 0, en 3 artikels werden weerhouden op basis van titel, abstract en datum.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 20 tot 42% van de vrouwen en 17 tot 35% van de mannen te kampen hebben met ten minste één seksuele disfunctie (2-5). 50 tot 52 % van deze patiënten wil professionele hulp krijgen voor deze problemen, maar slechts 5 tot 10% van hen kreeg hulp (4,6). Ook vindt 70% de huisarts de geschikte persoon om deze problemen aan te pakken (5).

Eén van de grootste studies gebeurde tussen 2001 en 2005 in Nederland. 80 huisartspraktijken met bijna 350.000 ingeschreven patiënten namen deel. Hieruit besloot men dat het aantal mannen dat naar de huisarts gaat met vragen over problemen met seksueel functioneren, significant toegenomen is tussen 2001 en 2005 (mannen +50%, vrouwen stabiel). De incidentie van seksuele problemen ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen, maar het verschil wordt door de jaren heen kleiner. Men vermoedt dat de toename het gevolg is van nascholing van huisartsen en betere behandelingsmogelijkheden van bv. erectieproblemen. Desondanks blijft er een grote groep verstoken van hulp. Onderzoek uit 2006 laat zien dat nog steeds 8.7% van de Nederlandse bevolking behoefte had aan hulp bij seksuele problemen, waarbij het niet tot daadwerkelijk zorgcontact was gekomen. Om deze mensen te bereiken is het noodzakelijk dat huisartsen deze thema's als onderdeel beschouwen van hun takenpakket en het initiatief nemen om deze met patiënten te bespreken (1).

Er werd in een Britse studie met 133 huisartsen uit 2001 geconcludeerd dat het merendeel van de huisartsen (66%) het behandelen van seksuele problemen belangrijk vond, 19 % vond het zeer belangrijk en 15% vond het niet belangrijk. 35% kreeg opleiding over hoe men een seksuele voorgeschiedenis moet afnemen, 34% over het diagnosticeren van seksuele problemen, 37% over aanpak van seksuele disfuncties, 29%

over psychoseksuele therapie en 18% kreeg opleiding over al deze topics. Ook bleek dat tijdsgebrek en gelimiteerde beschikbaarheid om naar de 2de lijn te sturen de grootste barrières zijn om over seksuele problemen te praten. Andere belangrijke barrières zijn gebrekkige kennis en tegenzin van de patiënt. De belangrijkste suggesties voor mogelijke oplossingen voor deze barrières waren meer educatie van dokters en patiënten over seksuele problemen en meer specialisten in dit vak (7). Nederlands onderzoek toont aan dat kennis, vaardigheden en attitude van de hulpverlener, evenals de normen, waarden en verwachtingen van patiënten en huisartsen, vaak bepalen of het thema seksualiteit ook in de spreekkamer bespreekbaar is. Sekse-, leeftijd-, en cultuurverschillen maken de communicatie tussen patiënten en huisartsen er niet makkelijker op (2).

Besluit

Het werd tijdens de literatuurstudie al snel duidelijk dat er nog niet veel onderzoek verricht is naar de visie van de huisarts over het bespreken van seksuele problemen. In Vlaanderen werden huisartsen nog nooit bevraagd naar hun inzicht in deze problematiek. Dit vond ik toch wat eigenaardig, omdat we nu in een tijd leven waarin seks geen taboe meer lijkt te zijn. Seks en alles wat er mee te maken heeft, vind je overal terug in reclame, film, tijdschriften, radio, ect… Ook vindt het merendeel van de patiënten de huisarts de meest aangewezen persoon om seksuele problemen te bespreken. Desondanks zijn huisartsen niet snel geneigd hier onderzoek naar te verrichten. Uit de magere literatuurstudie blijkt echter wel dat huisartsen het bespreken van seksuele problemen belangrijk vinden. Maar te weinig onder hen kregen voldoende opleiding over hoe men een seksuele voorgeschiedenis moet afnemen, de aanpak van seksuele disfuncties en psychoseksuele therapie. Ook vinden de meeste huisartsen dat ze te weinig tijd hebben om dit te bespreken en dat er te weinig mogelijkheden zijn om door te sturen naar de 2de lijn. Een logisch gevolg is dan ook dat meer opleiding en meer specialisten in dit vak werden gezien als de beste oplossingen om seksuele problemen meer bespreekbaar te maken.

3. Onderzoeksvraag

Wat is het probleem?

Er zijn al verscheidene studies gebeurd naar de incidentie en prevalentie van seksuele problemen in de maatschappij, alsook naar de wensen en noden van de mensen met deze problemen. Hieruit blijkt dat de meeste mensen met seksuele problemen de huisarts de aangewezen persoon vinden om deze problemen mee te bespreken (5). Er is daarentegen zeer weinig geweten over de visie van huisartsen over het bespreken van seksuele problemen.

Wat is de doelstelling?

Er werd geprobeerd om een beeld te krijgen van de noden van de Vlaamse huisarts ten aanzien van seksuele hulpverlening. Daartoe werden de volgende vragen gesteld aan de huisartsen:

Vinden de huisartsen zichzelf de aangewezen persoon waar mensen met seksuele problemen terecht kunnen? Zijn zij genoeg opgeleid om dit probleem aan te pakken? Wat zijn de barrières om in de huisartsenpraktijk te praten over seksuele problemen? En wat zijn mogelijke oplossingen om deze barrières aan te pakken? Is er een verschil met andere landen?

Wat is de vraagstelling? (volledige enquête: zie bijlage)

Hoe belangrijk vindt de huisarts het bespreken van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk? Moeten seksuele problemen ook actief bevraagd worden en waarom wel of niet? Heeft de huisarts postgraduaat extra opleiding gehad over de diverse facetten van de seksuele problematiek? Wie is volgens hen de aangewezen persoon waar mensen met seksuele problemen terecht kunnen?

Wat is/zijn volgens de huisarts de barrières om over seksuele problemen te praten? Te weinig kennis, te weinig opleiding, schaamte van de huisarts, te weinig ervaring van de huisarts,… ?

Wat is/zijn voor de huisarts de barrière(s) in de interactie dokter/patiënt rond seksuele hulpverlening? Gevoelig onderwerp, verschillend geslacht, leeftijd of cultuur van dokter en patiënt?

Wat is/zijn volgens de huisarts de barrières voor de patiënt? Schaamte patiënt, patiënt vindt het een moeilijk onderwerp om over te praten, patiënt denkt dat het normaal is, patiënt heeft er weinig kennis over, patiënt wil de tijd van de dokter niet verspillen?

Wat zijn volgens de huisarts goede oplossingen? Meer aandacht aan postgraduate opleiding, meer proactief werken, betere kennis van doorverwijsmogelijkheden?

Wat zijn volgens de huisarts goede oplossingen als het de dokter/patiëntrelatie betreft? Keuze van het geslacht van de dokter, keuze van de leeftijd van de dokter?

Wat zijn volgens de huisarts goede oplossingen voor de patiënt? Educatie patiënt (brochures, workshops), patiënten aansporen om hulp te zoeken, betere bereikbaarheid van secundaire diensten (seksuologen, psychologen, …), verhoogde kennis van welke hulp er voorhanden is, folder over seksuele problemen?

Wat zijn volgens de huisarts goede structurele oplossingen? Langere consultatieduur (kleiner patiëntenbestand, meer huisartsen), betere samenwerking met andere gezondheidsmedewerkers zoals psychologen en seksuologen?

4. Enquête

Inleiding

Seksuele disfunctie is een belangrijk aspect in de gezondheidszorg en veel voorkomend in de populatie, maar wordt zeer frequent niet gedetecteerd. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de meeste patiënten het geschikt vinden om seksuele problemen te bespreken met hun huisarts. Echter, weinig is geweten over de visie van de huisarts hieromtrent. Om deze materie te bestuderen werd geopteerd om een enquête op te sturen naar Vlaamse huisartsen. Met de resultaten zullen we wat meer zicht krijgen over de visie van de huisartsen over het bespreken van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. Deze zullen vergeleken worden met de resultaten uit de literatuur.

Methode

Dit onderzoek naar de visie van de huisarts over seksuele hulpverlening door de huisarts, werd uitgevoerd door middel van een enquête. Als basisenquête werd een Britse enquête gebruikt (7). Na het doornemen van de literatuur waren er nog enkele extra vragen, die werden er aan toegevoegd. Aan de hand van het boek Social Research Methods, hoofdstuk 7: 'Asking questions' van Alan Bryman, gepubliceerd in 2004 door Oxford University Press, werd er extra inzicht verkregen in de vraagstelling en opstelling van een enquête. Deze enquête werd dan doorgestuurd naar Paul Enzlin (Seksuologische wetenschappen, KUL), Prof Jaak Billiet (Sociale wetenschappen, KUL), Dr. Kristin Hendrickx (Docent huisartsgeneeskunde, UA), Dr. Rose-Marie Van Hoof (seksuologie/psychosomatiek, UA), Dr. Dominique Dewilde (huisarts universitaire groepspraktijk Leuven) en Dr. Paul Smits (huisarts). Ieder van hen gaven interessante invalshoeken en op deze manier werd deze enquête volledig geoptimaliseerd (volledige enquête, zie bijlage).

Via twee laboratoria, één in Limburg en één in West-Vlaanderen, werden 500 enquêtes verzonden. De huisartsen moesten de enquête invullen en deze samen met de bloedstalen terug aan het laboratorium bezorgen. De enquête bevatte in totaal 20 vragen en bestond uit 3 delen. Het eerste deel omvatte demografische gegevens over de huisartsen, hun interesse in deze problematiek, hun opleiding en hun visie over het belang van het bespreken van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. Het tweede

en derde deel omvatte enerzijds vragen die peilden naar barrières voor arts en patiënt in verband met het bespreken van seksuele problemen en anderzijds vragen die peilden naar de suggesties om deze barrières aan te pakken. De bekomen resultaten werden gecodeerd en geanalyseerd met behulp van Excel.

Resultaten

In totaal werden 179 enquêtes ingevuld en teruggestuurd, waarvan 61.45% door mannen (responsratio 35.8%). Elke generatie is goed vertegenwoordigd (22.91% 25-34j, 20.67% 35-44j, 25.7% 45-55j, 30.73% >55j). De soloartsen (45.81%) zijn meer vertegenwoordigd dan artsen in duopraktijk (37.37%) en dan artsen in een groepspraktijk (26.82%). Ook zijn artsen van een landelijk gebied (45.81%) meer vertegenwoordigd dan artsen in een stad (26.26%) en artsen uit het voorstedelijk gebied (27.93%). Bij de vraag of seksuele problemen bij een huisarts besproken moet worden, is 63.69% helemaal akkoord, 34.64% akkoord en slechts 1.68% staat hier neutraal tegenover en niemand is niet akkoord. Ook vindt het merendeel van de respondenten het bespreken van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk belangrijk (64.8%) tot heel belangrijk (19.55%), slechts 15.64% staat hier neutraal tegenover en niemand vindt dit niet belangrijk. 50.28% van de huisartsen vindt dat seksuele problemen actief bevraagd moeten worden, 34.64% vindt dat dit niet moet en 15.08% kan hier niet op antwoorden. Het blijkt dat slechts weinig huisartsen een postgraduate opleiding hebben gevolgd omtrent seksuele problemen (grafiek 1). De aangewezen persoon waar mensen met seksuele problemen terecht kunnen, is volgens de respondenten de huisarts (91.62%), alsook de seksuoloog (74.30%), de gynaecoloog of uroloog (62.01%) en de psycholoog (53.63%). Een sociaal assistent (2.23%) of een verpleegkundige (2.79%) wordt niet als dusdanig bestempeld (grafiek 2).

De voornaamste barrières voor de huisarts om te praten over seksuele problemen, zijn volgens de respondenten vooral te weinig opleiding (56.98%) en omdat patiënten er zelf niet naar vragen (64,8%) (grafiek 3). De voornaamste barrière omtrent de interactie arts-patiënt, vinden ze de moeilijkheid om een gevoelig onderwerp te bespreken (73.18%) (grafiek 4). De voornaamste barrières voor de patiënten zijn volgens de respondenten de schaamte van de patiënt (79.89%) en omdat het een moeilijk onderwerp is om over te praten (91.06%) (grafiek 5). Structurele barrières zijn te

weinig tijd (49.72%) en te weinig doorverwijsmogelijkheden (50.28%) (grafiek 6). Daarentegen zijn er een aantal zaken die de respondenten zeker niet als barrières bestempelen: zoals de schaamte van de huisarts (13.97%), schrik dat de patiënt negatieve gevoelens zal ervaren (22.35%), dat de patiënt de tijd van de dokter niet wil verspillen (5.59%), te weinig kennis van de patiënt (19.55%), alsook niet het geslacht (25.14%), leeftijd (19.55%) of cultuur (27.37%) van arts of patiënt. Ook hebben de meeste huisartsen geen schrik dat er deuren zullen opengaan die niet meer te sluiten zijn (12.29%) en denken ze niet dat de attitude van de maatschappij tegenover seks een barrière vormt voor de patiënt (13.97%) (grafiek 3-6).

Oplossingen om deze barrières voor de huisarts aan te pakken, zijn volgens de respondenten het volgen van een postgraduate opleiding van de huisarts (62,57%) en een betere kennis van doorverwijsmogelijkheden (57.54%) (grafiek 7). De beste oplossing om de barrières van patiënten aan te pakken is een folder over seksuele problemen (60.89%) (grafiek 9). De oplossing voor structurele barrières is een betere samenwerking tussen huisarts en andere gezondheidsmedewerkers (seksuologen/psychologen) (78.21%) (grafiek 10). Een langere consultatieduur zien de meeste huisartsen niet als een mogelijke oplossing (20.11%), alsook niet de keuze van de patiënt in het geslacht (41,34%) en de leeftijd (28.49%) van de dokter. Meer proactief werken zal volgens het merendeel ook geen oplossing bieden (29.61%) (grafiek 7-10).

Discussie

Er zijn al verscheidene studies gebeurd naar de incidentie en prevalentie van seksuele problemen in de maatschappij, alsook naar de wensen en noden van de mensen met deze problemen. Dit is de eerste studie in België die onderzoek doet naar de visie van de huisartsen in het bespreken van seksuele problemen. 179 huisartsen, waarvan 61.45% mannen, vulden de enquête in (responsratio 35.8%). Elke generatie was gelijkwaardig vertegenwoordigd. Van de respondenten waren ongeveer de helft soloartsen, dit komt ongeveer overeen met hun aandeel in de Vlaamse huisartsenpopulatie. Het overgrote deel van de ondervraagden waren (helemaal) akkoord en vonden het ook (heel) belangrijk om seksuele problemen te bespreken in de huisartsenpraktijk maar slechts de helft zou er ook actief naar vragen. In ons land wordt er te weinig postgraduate

opleiding gegeven over alle facetten van seksuele problematiek in vergelijking met Groot Brittannië (3-15% in Vlaanderen t.o.v. 29-37% in Groot Brittannië). 91% vindt de huisarts toch de meest aangewezen personen waar patiënten met seksuele problemen terechtkunnen. Verder zijn ook de seksuoloog, gynaecoloog/uroloog en psycholoog een valabele optie.

De voornaamste barrières voor het bespreken van seksuele problemen volgens de respondenten 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. Daarentegen zijn er een aantal zaken die de respondenten zeker niet als barrières bestempelen zoals de schaamte van de huisarts, schrik dat de patiënt negatieve gevoelens zal ervaren, dat de patiënt de tijd van de dokter niet wil verspillen, te weinig kennis van de patiënt, alsook niet het geslacht, leeftijd of cultuur van arts of patiënt. Ook hebben de meeste huisartsen geen schrik dat er deuren zullen opengaan die niet meer te sluiten zijn en denken ze niet dat de attitude van de maatschappij tegenover seks een barrière vormt voor de patiënt (grafiek 3-6).

De voornaamste oplossingen om deze barrières aan te pakken zijn een betere samenwerking tussen huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers (seksuologen/ psychologen), het volgen van een postgraduate opleiding, een betere kennis van doorverwijsmogelijkheden en een folder over seksuele problemen ter beschikking hebben. Een langere consultatieduur zien de meeste huisartsen niet als een mogelijke oplossing, alsook niet de keuze van de patiënt in het geslacht en de leeftijd van de dokter. Meer proactief werken zal volgens het merendeel ook geen oplossing bieden (grafiek 7-10).

De Vlaamse huisarts heeft op vele vlakken dezelfde visie als de huisarts uit Groot Brittannië. Beide groepen ervaren dezelfde barrières in het bespreken van seksuele problemen en geven zij dezelfde mogelijke oplossingen om deze barrières aan te pakken. Er zijn slechts 2 verschillen te weerhouden. Ten eerste wordt in ons land nog minder postgraduate opleiding gegeven over alle facetten van seksuele problematiek in vergelijking met Groot Brittannië (3-15% in Vlaanderen tegenover 29-37% in Groot Brittannië). Ten tweede ervaren meer Britse huisartsen een verschillend geslacht van

arts en patiënt als een barrière (60.7% in Groot Brittannië tegenover 25.14% in Vlaanderen)

Deze studie was gelimiteerd omwille van het gebruik van enquêtes voor datacollectie. Op deze manier kunnen de ideeën van de huisartsen niet even grondig onderzocht worden als tijdens een interview. Dat er enquêtes zijn afgenomen van huisartsen uit Limburg en West-Vlaanderen, zorgt voor wat meer heterogeniteit. Of deze studie kan geëxtrapoleerd worden naar de Vlaamse populatie huisartsen, dat is een andere vraag. Aangezien de resultaten van deze studie in grote lijnen dezelfde resultaten bracht als de studie in Groot Brittannië, kunnen we veronderstellen dat deze resultaten een juist beeld scheppen in deze problematiek. Doch, er is nog nood aan verder onderzoek om de aanpak van seksuele problemen door de huisarts te optimaliseren.

5. Besluit/Aanbevelingen

Ondanks dat seks en alles wat ermee te maken heeft overal terug te vinden is in onze maatschappij, werd er in het verleden niet veel onderzoek verricht naar de visie van de huisarts over het bespreken van seksuele problematiek. Nochtans zijn er veel mensen die kampen met seksuele problemen en het merendeel van deze mensen vindt de huisarts de meest aangewezen persoon om dit te bespreken. Echter veel van hen blijft verstoken van hulp.

De resultaten van deze studie liepen bijna parallel met de resultaten van de Britse studie. Hieruit kunnen we veronderstellen dat deze studie een juiste weergave geeft van de visie van de gemiddelde Vlaamse arts en dat de visie van Britse artsen grotendeels hetzelfde is dan die van Vlaamse artsen.

Huisartsen vinden het bespreken van seksuele problemen belangrijk en zij vinden, net zoals de patiënten, zichzelf de meest aangewezen persoon om dit te bespreken. Maar ze zijn van mening dat ze niet voldoende opleiding hebben gehad over het nemen van een seksuele voorgeschiedenis, de aanpak van seksuele disfuncties en psychoseksuele therapie. Ook vinden de meeste huisartsen dat ze te weinig tijd hebben om dit te bespreken en dat er te weinig mogelijkheden zijn om door te sturen naar de 2de lijn. Andere belangrijke barrières volgens de huisarts zijn schaamte van de patiënt en dat patiënten er zelf niet naar vragen.

Om seksuele problemen meer bespreekbaar te maken, moet er ten eerste meer opleiding worden voorzien voor de huisartsen, zowel pre- als postgraduaat, ten tweede moet er een betere samenwerking zijn tussen huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers (seksuologen/ psychologen) en een betere kennis van de huisarts van deze doorverwijsmogelijkheden en ten derde moeten huisartsen voorzien worden van folders over seksuele problemen.

Om ervoor te zorgen dat minder mensen verstoken blijven van hulp, is het noodzakelijk dat huisartsen dit thema als onderdeel beschouwen van hun takenpakket en het initiatief nemen om dit te bespreken met de patiënten.

Dit was slechts de eerste studie die verricht werd naar de visie van Vlaamse huisartsen. Er zal nog verder onderzoek nodig zijn om een optimale kijk te krijgen op deze

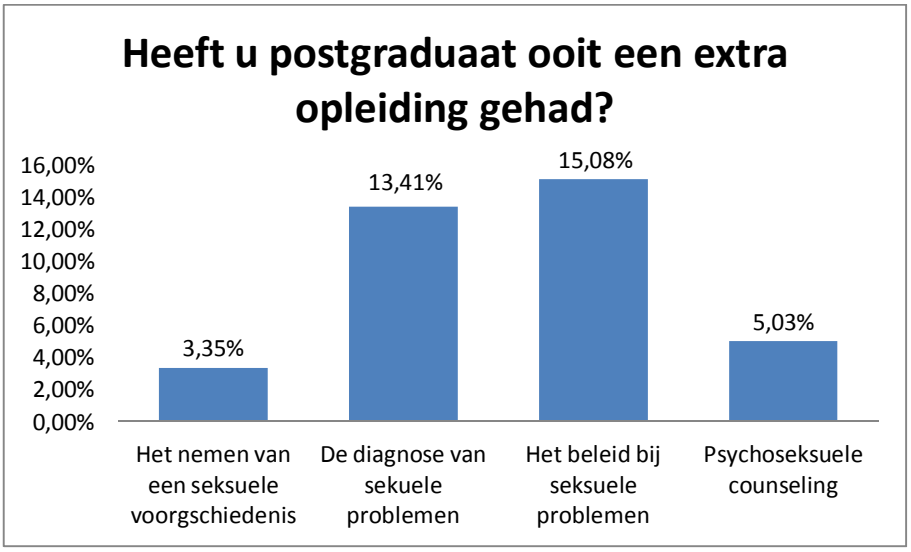
problematiek. Zo moet er onder andere onderzocht worden wat de meest efficiënte aanpak is om de verschillende barrières te doorbreken. Hoe voorzien we een betere opleiding? Zijn folders over seksuele problemen effectief? Hoe kan de samenwerking met de 2de lijn verbeteren?

Referenties

1. 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.
2. Avenarius W, Beemster GJ et al. Huisarts adviesgroep seksuele gezondheid, huisarts-expertgroep SOA, HIV, en Seksualiteit.
3. Nazareth I, Boynton P, King M. Primary Care. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ 2003;327:423.
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. 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.
6. Sexual Health Survey. Bandolier 1999;69-5
7. Humphery S, Nazareth I. GP's views on their management of sexual dysfunction. Family practice 2001;18:516-518.

Bijlage 1: grafieken

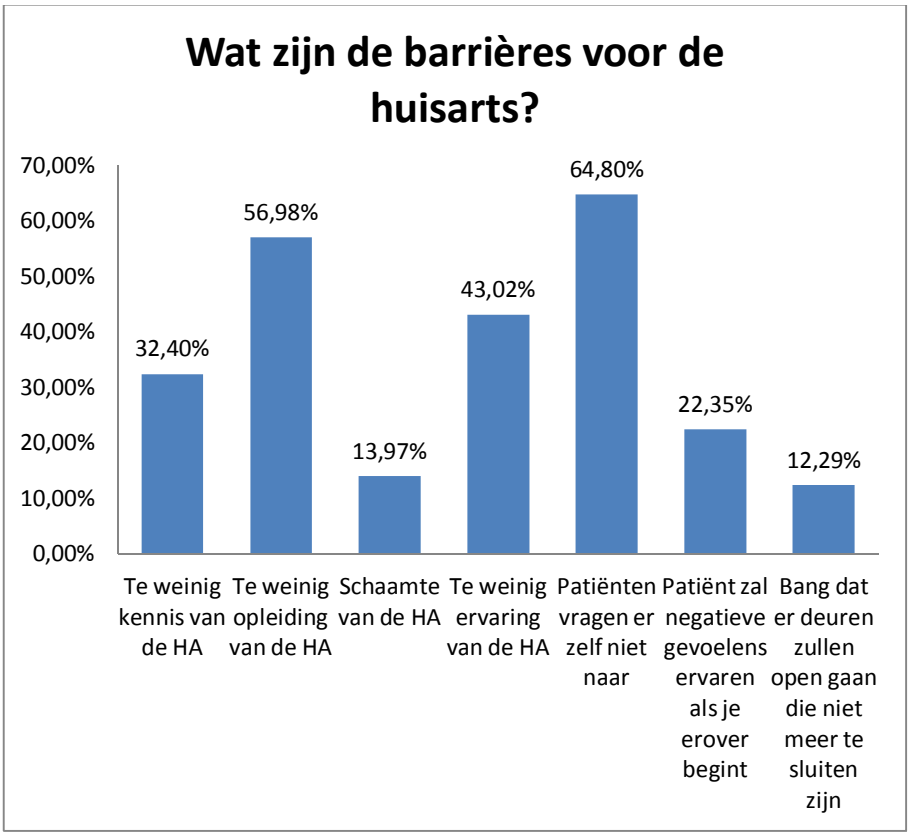
Grafiek 1:



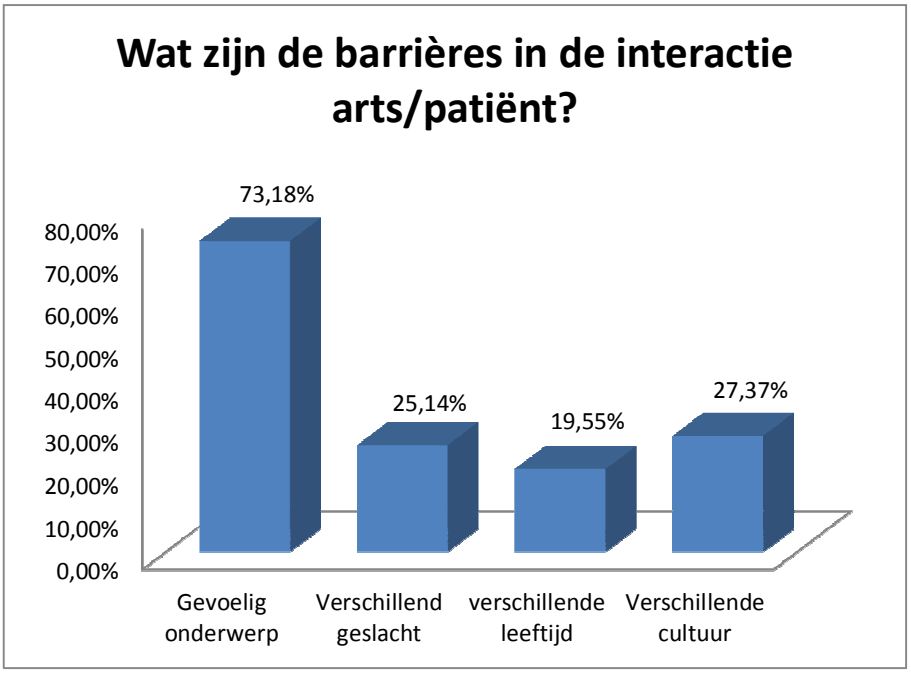
Grafiek 2:



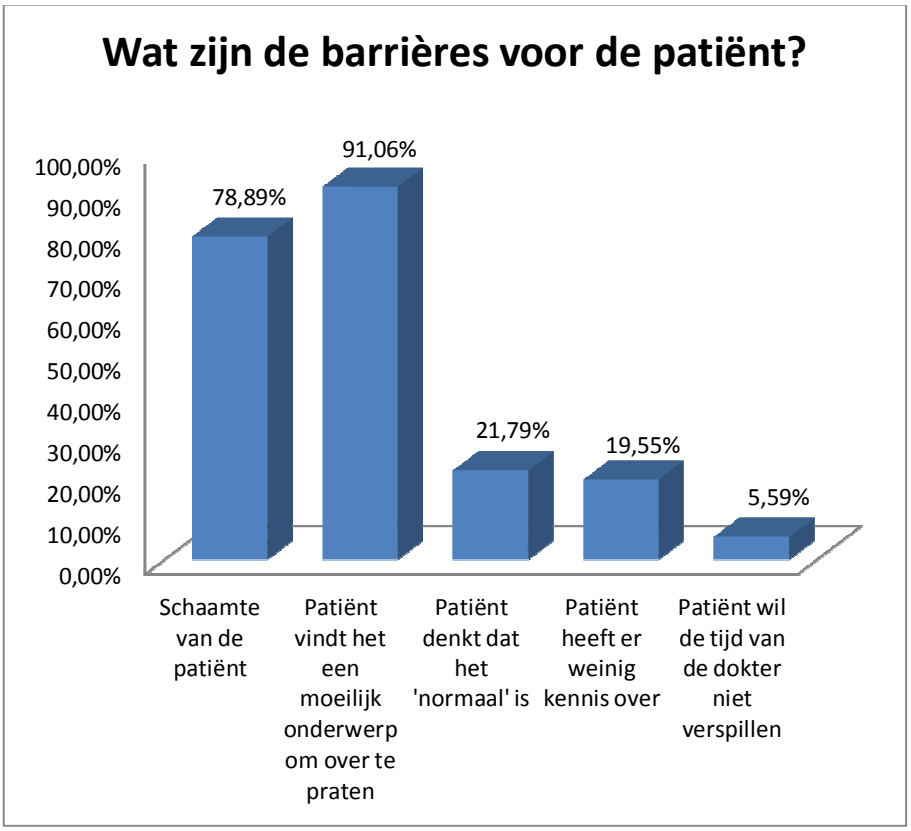
Grafiek 3:



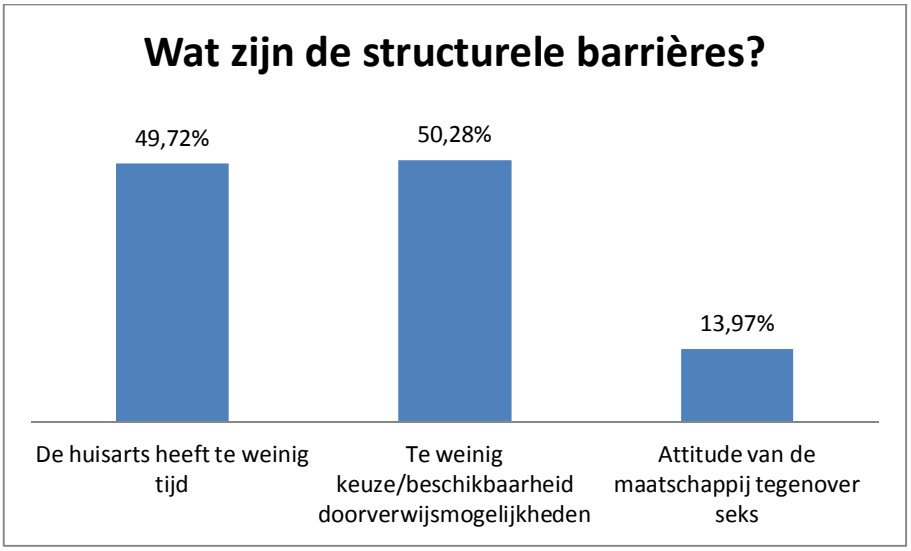
Grafiek 4:



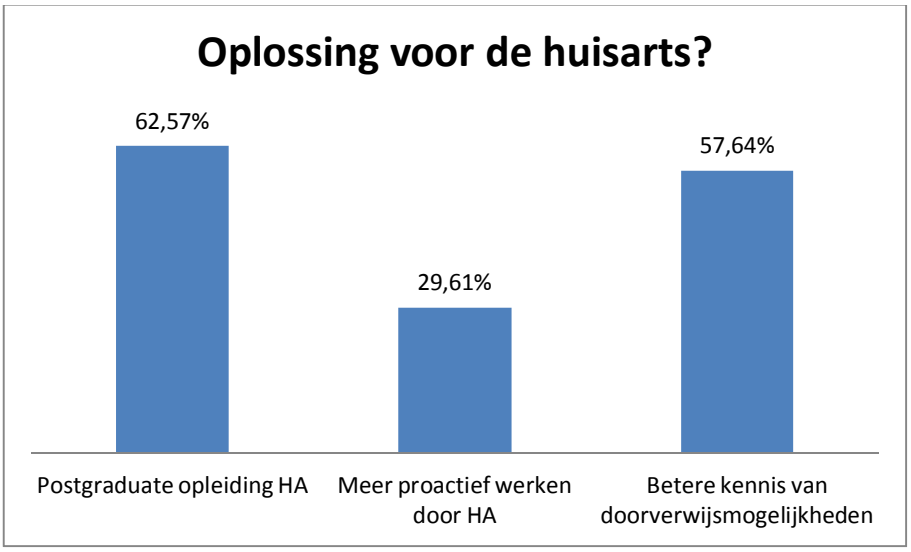
Grafiek 5:



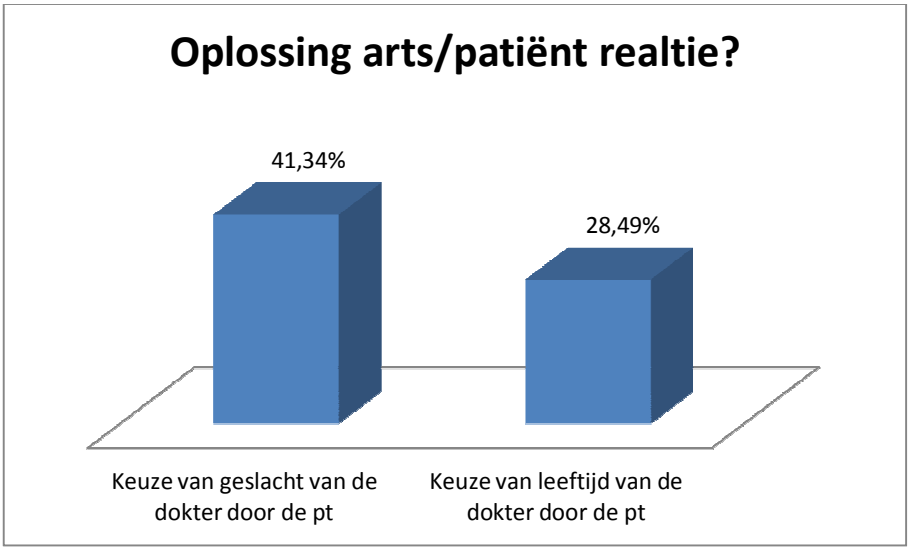
Grafiek 6



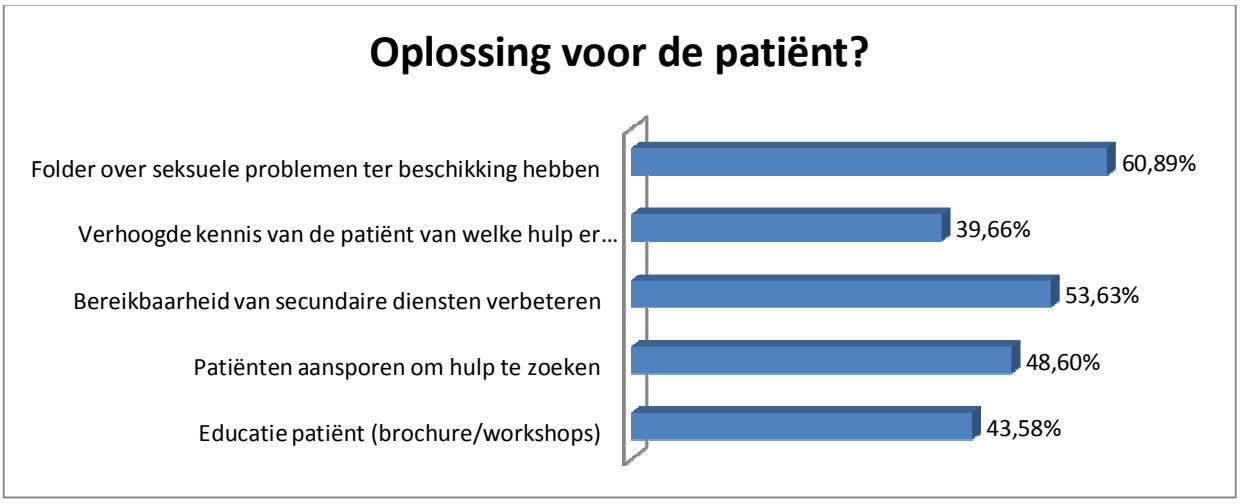
Grafiek 7:



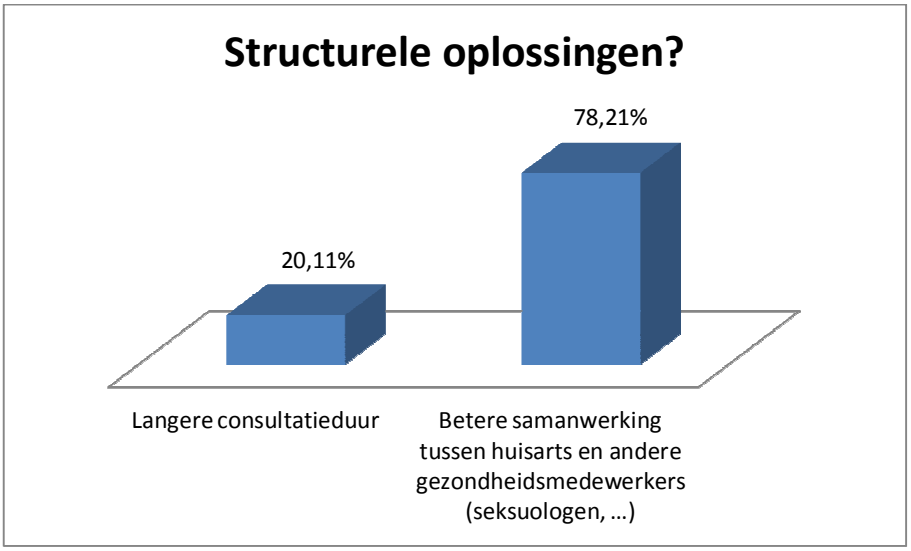
Grafiek 8:



Grafiek 9:



Grafiek 10:



Bijlage 2: Enquête

Enquête seksuele problemen:

1. Demografie

1.1. Geslacht

- Man
- Vrouw

1.2. Leeftijd:

- 25-34
- 35-44
- 45-55
- >55

1.3. Aantal jaren actief als huisarts

- <10
- 10-19
- 20-30
- >30

1.4. U werkt:

- Als soloarts
- In een duopraktijk
- In een groepspraktijk

1.5. In wat voor streek werkt u?

- Stad
- Voorstedelijk gebied
- Landelijk gebied

2. Algemeen

2.1. Vindt u dat seksuele problemen bij de huisarts kunnen besproken worden?

- Helemaal akkoord
- Akkoord
- Neutraal
- Niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

2.2. Hoe belangrijk vindt u het bespreken van seksuele problemen?

- Heel belangrijk
- Belangrijk
- Neutraal
- Niet belangrijk
- Helemaal niet belangrijk

2.3. Moeten seksuele problemen actief bevraagd worden bij patiënten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Indien nee, waarom niet?

- Schaamte patiënt
- Geen gepast onderwerp om bij mensen aan te halen
- Bang dat arts/patiëntrelatie in gedrang komt

Indien ja, waarom wel?

- Omdat seksuele problemen voor patiënten moeilijk te verwoorden zijn
- Omdat het geen 'legitiem' onderwerp is om bij de huisarts aan te brengen
- Om het mogelijk schaamtegevoel bij dit onderwerp te omzeilen

2.4. Heeft u postgraduaat ooit een extra opleiding gehad over: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het nemen van een seksuele voorgeschiedenis?
- De diagnose van seksuele problemen?
- Het beleid bij seksuele disfunctie?
- Psychoseksuele counseling?

2.5. Wie is volgens u de aangewezen persoon waar mensen met seksuele problemen terecht kunnen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisarts
- Psycholoog
- Seksuoloog
- Sociaal assistent
- Gynaecoloog/Uroloog
- Verplegend personeel

3. Barrières

3.1. Wat is/zijn volgens u de barrière(s) **voor de huisarts** om over seksuele problemen te praten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Te weinig kennis van de huisarts
- Te weinig opleiding van de huisarts
- Schaamte van de huisarts
- Te weinig ervaring van de huisarts
- Patiënten vragen er zelf niet naar
- Patiënt zal negatieve gevoelens ervaren als je erover begint
- Bang dat er deuren gaan open gaan die niet meer te sluiten zijn

3.2. Wat is/zijn voor u de barrière(s) in de **interactie dokter/patiënt** rond seksuele hulpverlening? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Gevoelig onderwerp
- Verschillend geslacht van dokter en patiënt
- Verschillende leeftijd van dokter en patiënt
- Verschillende cultuur van dokter en patiënt

3.3. Wat is/zijn volgens u de barrières **voor de patiënt**? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Schaamte van de patiënt
- Patiënt vindt het een moeilijk onderwerp om over te praten
- Patiënt denkt dat het 'normaal' is
- Patiënt heeft er te weinig kennis over
- Patiënt wil de tijd van de dokter niet verspillen

3.4. Wat zijn voor u **structurele barrières**? (meerdere antwoorden mogelijk)

- De huisarts heeft te weinig tijd
- Te weinig keuze/beschikbaarheid van doorverwijsmogelijkheden
- Attitude van de maatschappij tegenover seks

4. Suggesties om deze barrières aan te pakken

4.1. Wat zijn volgens u goede oplossingen voor de huisarts? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Er moet meer aandacht besteed worden aan postgraduate opleiding van de huisarts
- De huisarts moet meer proactief werken op het vlak van seksuele problematiek
- De huisartsen moeten betere kennis hebben van doorverwijsmogelijkheden voor seksuele problemen

4.2. Wat zijn volgens u goede oplossingen als het de dokter/patiëntrelatie betreft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Keuze van geslacht van de dokter door de patiënt
- Keuze van leeftijd van de dokter door de patiënt

4.3. Wat zijn volgens u goede oplossingen voor de patiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Educatie patiënt (brochures/workshops)
- Patiënten aansporen om hulp te zoeken
- Verbeter de bereikbaarheid van secundaire diensten (seksuologen, psychologen, …)
- Verhoogde kennis van de patiënt van welke hulp en behandelingen er voorhanden zijn
- Folder over seksuele problemen ter beschikking hebben

4.4. Wat zijn volgens u goede structurele oplossingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Langere consultatieduur (kleiner patiëntenbestand/meer huisartsen)
- Betere samenwerking tussen huisarts en andere gezondheidsmedewerkers zoals seksuologen, psychologen, …