Drempels rond bespreekbaarheid van erectiestoornissen bij de huisarts. *Implementatie van een preventieve tool.*

Denaeghel Elisabeth (UGent)

Promotor: Prof. M. Deveugele (UGent)

Co-promotor: Rogiers Roland (UGent)

Praktijkopleider: Dr. Vanhullebusch Jos

Stage-coördinator: Dr. Courtens Andy

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde Academiejaar 2013-2014

VOORWOORD

Het schrijven van de Masterproef is een belangrijk onderdeel van onze 2 jaar durende huisartsenopleiding. Op die manier komt er ook een einde aan 9 jaar studeren om uiteindelijk huisarts te kunnen en mogen worden. Het was een intensief traject, maar uiteindelijk gaf het ook veel voldoening om een eigen onderzoek te kunnen uitbouwen. Het heeft ons doen nadenken hoe we erectiestoornissen in onze praktijk beter bespreekbaar konden maken en uiteindelijk zijn we heel tevreden met het resultaat.

Mijn keuze ging in dit onderzoek uit naar 2 belangrijke huisartsgerichte thema's: namelijk communicatie en preventie. In alles wat je als huisarts doet, is een goede communicatie onontbeerlijk. Soms lijkt dit echter eenvoudiger dan het in de praktijk werkelijk is. Ook het luik preventie behoort tot één van de kerntaken van een huisarts en staat de laatste jaren meer in "the picture".

Dankzij bepaalde mensen, heb ik deze Masterproef tot een goed einde kunnen brengen, en op deze manier wil ik hen dan ook hiervoor bedanken.

In de eerste plaats mijn promotor Prof. Deveugele. Dankzij haar inbreng dacht ik kritisch na over mijn gekozen onderwerp en kreeg mijn uiteindelijke project vorm. Ook mijn co-promotor, Roland Rogiers, wil ik bedanken voor de begeleiding gedurende deze 2 jaar. Hij was er steeds met zijn nuchter inzicht en psychologische kijk op mijn onderwerp en stuurde bij wanneer het nodig was.

Verder wil ik ook graag mijn praktijkopleider, Dr. Jos Vanhullebusch, bedanken voor de goede opleiding en begeleiding die hij mij gedurende 2 jaar gaf. Hij ondersteunde dit praktijkverbeterend project volledig en hielp mee aan de praktische uitwerking ervan.

Tenslotte wil ik nog enkele bijzondere mensen bedanken. Eerst en vooral mijn ouders. Zij gaven mij de kans om huisarts te worden en steunden mij gedurende deze 9 jaar door dik en dun. Ook mijn vriend, die zich subtiel op zondagnamiddag wegcijferde zodat ik rustig kon verder werken aan deze Masterproef, maar er wel was wanneer het moeilijk ging. En ten slotte mijn vrienden. Het waren 9 fantastische jaren om nooit meer te vergeten. Bedankt allemaal om er voor mij te zijn, zowel op de leuke als minder leuke momenten!

ABSTRACT

Context: Zowel huisartsen als patiënten ervaren verschillende drempels om erectiele disfunctie (ED) te bespreken op consultatie. Erectiestoornissen bespreken is echter belangrijk omwille van 2 redenen: enerzijds heeft het een belangrijke invloed op de levenskwaliteit en anderzijds kan het een vroegtijdig teken zijn van cardiovasculair lijden bij patiënten zonder vooraf gekende risicofactoren.

Onderzoeksvraag: Welke drempels ervaren artsen om erectiele disfunctie te bespreken en op welke manier wordt het onderwerp momenteel besproken? Kan men de drempel om ED te bespreken, zowel voor de arts als de patiënt verlagen door, in het kader van preventie, systematisch te screenen naar ED bij mannen tussen 45 en 75 jaar, bv. tijdens het GMD+?

Methode: Via de zoekmachine Pubmed werd aan de hand van bepaalde Mesh-termen literatuur opgezocht over de prevalentie van ED, mogelijke drempels bij communicatie over ED, de rol van ED als vroegtijdig teken van cardiovasculair lijden en mogelijke tools in kader van diagnostiek. Voor de oppuntstelling van het praktijkverbeterend project werd in grote mate de kwaliteitscirkel doorlopen. Het doel was, om aan de hand van een preventieve tool, de drempel om erectiestoornissen te bespreken, zowel voor de arts als de patiënt te verlagen. De huisartsen, verbonden aan de LOK-groep in Aalter en Ursel, werden onze onderzoekspopulatie. Het uiteindelijke project, een kwalitatief onderzoek, bestond uit *drie luiken*. In het eerste luik werd een interview afgenomen waarin aan de hand van MCQ-vragen getracht werd een zicht te krijgen op mogelijke drempels die de huisartsen ervaren om ED te bespreken en op welke manier dit momenteel gebeurt. In luik 2 werd aan de betrokken huisartsen gevraagd om aan 5 willekeurige mannen, tussen 45 en 75 jaar, een gestandaardiseerde vraag te stellen in kader van (cardiovasculaire) preventie of het GMD+, wanneer deze op raadpleging kwamen voor een algemene check up. De vraag luidde: *"Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?"*. Tenslotte wordt in luik 3 aan de artsen gevraagd wat hun ervaring is met de uitvoering van deze tool. Is het bruikbaar, drempelverlagend en een meerwaarde voor het GMD+? Wat was het antwoord en de reactie van de patiënt?

Resultaten: Er zijn veel drempels waardoor zowel artsen als patiënten het moeilijk hebben om erectiele disfunctie te bespreken. Toch is ED een prevalent probleem (gemiddeld 16%) en heeft het een invloed op de levenskwaliteit. Bovendien zijn er steeds meer studies die ED als een vroegtijdig en soms enig teken zien van cardiovasculair lijden. Van de 24 telefonisch gecontacteerde huisartsen, namen uiteindelijk 17 artsen deel aan de studie. 12 van hen bevroegen telkens 5 patiënten, de andere 5 artsen bevroegen minder dan 5 patiënten. *Luik 1* toont dat, volgens de artsen, erectieproblemen het meest besproken worden, wanneer de patiënt op consultatie komt voor een andere klacht en het zelf terzijde ter sprake brengt (59%). De meest geschikte methode volgens 59% van de artsen is "systematische screening bij mannen met risicofactoren, bv. i.k.v. het preventiedossier". 65% van de artsen vindt dat ze gemakkelijk kunnen praten met hun patiënt over ED en 53% ervaart geen bijzonderheden tijdens dit gesprek. De meerderheid geeft toe soms moeite te hebben om een geschikte openingszin te formuleren (65%). 71% van de artsen besluit uiteindelijk toch drempels te ervaren om ED te bespreken en 76% vindt het zinvol om ED te bevragen bij alle mannen ouder dan 45 jaar, met of zonder comorbiditeiten i.k.v. preventie. In *luik 2* werd de vraag "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?" uiteindelijk aan 72 patiënten gesteld. 43% antwoordde "Ja", 42% "Nee", 8% "Soms" en 7% iets anders. In *luik 3* tenslotte, ziet men dat de vraag door de meerderheid werd gesteld zoals ze door ons geformuleerd werd. Dat gebeurde bijna steeds i.k.v. preventie. 94% van de artsen vond de timing van het stellen van de vraag zowel praktisch als theoretisch een goed moment. Ook de vraag op zich, werd als praktisch en voldoende informatief ervaren. Het merendeel van de artsen voelde zich comfortabel bij het stellen van de vraag (63%). Deze studie heeft de meeste artsen doen inzien dat ze drempels ervaren (59%). 76% is ervan overtuigd dat deze tool de drempel zowel bij de arts als bij de patiënt (88%) verlaagt om ED te bespreken. 76% van de artsen vermoedt dat deze tool een effect zal hebben op de praktijkvoering en alle artsen vinden het een meerwaarde voor het GMD+.

Conclusies: Zoals verwacht ervaren huisartsen drempels om ED te bespreken, één daarvan is het formuleren van een geschikte openingszin. De artsen vinden het moment en de voorgestelde zin geschikt om ED na te vragen i.k.v. preventie. Ze vermoeden dat het navragen van ED op deze manier, de drempel bij zowel de arts als de patiënt verlaagt om ED te bespreken. Bijna de helft van de patiënten antwoordde positief op de vraag. De artsen zijn het unaniem eens dat deze tool een meerwaarde kan betekenen voor het GMD+. Verder onderzoek is nodig om na te gaan wat de sensitiviteit en specificiteit van deze vraag is, hoe een positief antwoord i.k.v. screening verder aangepakt moet worden en of deze vraag geïmplementeerd kan worden in het officiële GMD+.

Contact: elisabeth_denaeghel@hotmail.com

ICPC-code: Y07

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD I
ABSTRACT II
INHOUDSTAFEL III
1. INLEIDING 1
2. LITERATUURSTUDIE 3
I. Methode 3
II. Resultaten 3
A. Algemeen 3
a. Definitie van ED 3
b. Prevalentie 4
c. Etiologie 5
d. Impact 6
B. Communicatieve drempels om ED te bespreken 6
a. Algemeen 6
b. Bij de arts 7
c. Bij de patiënt 8
d. Gevolgen 9
e. Verschillende communicatieve strategieën 9
C. ED als risicofactor op cardiovasculaire aandoening 10
a. Verband met cardiovasculaire ziekte (CVZ) 10
b. Pathofysiologie 11
D. Screenen naar ED 12
a. Waarom? 12
b. Tools in kader van diagnostiek 12
c. Waarom screent men (nog) niet? 13
E. Besluit en probleemstelling in kader van deze Masterproef 13
3. ONDERZOEK 14
I. Motivatie van het project 14
II. Praktijkverbeterend project 15
III. Methodologie 16
A. Doelgroep en aanpak 16
B. Het onderzoek 16
a. Luik 1 16
b. Luik 2 16

c. Luik 3 17
IV. Resultaten 17
A. Luik 1 17
a. Profiel van de deelnemende artsen 17
b. Algemeen 17
c. Dé consultatie over erectiele disfunctie 18
d. Stellingen 19
e. Drempels 20
f. Het onderzoek 22
B. Luik 2 23
C. Luik 3 24
a. Het uitvoeren van de preventieve tool – de interventie 24
b. Bruikbaarheid van de preventieve tool 25
c. Verkregen informatie 25
d. Subjectieve ervaring 26
e. Het onderzoek en de dagelijkse praktijkvoering na dit onderzoek 27
D. Vergelijkingen 29
a. Frequentie en duur consultatie 29
b. Enkele drempels en stellingen 31
c. Antwoord op de vraag 32
d. Mening over dit onderzoek 33
V. Discussie 34
A. Conclusies en vergelijking met reeds verricht onderzoek 34
a. Luik 1 34
b. Luik 2 35
c. Luik 3 35
B. Sterktes en zwaktes van de studie 36
C. Betekenis van de uitkomsten voor de verdere praktijkvoering 37
D. Suggesties voor verder onderzoek 37
4. REFERENTIES 39
5. BIJLAGEN 41

1. INLEIDING

Tijdens de eerste maanden van mijn opleiding tot huisarts, merkte ik op dat praten over erectiestoornissen zowel voor de huisarts als voor de patiënt niet altijd even eenvoudig is. Ik voelde mij niet comfortabel om erectiele disfunctie (ED) te bevragen én ik had de indruk dat de patiënten hiervoor eerder op consultatie kwamen bij mijn praktijkopleider. Ik vroeg me af waarom wij als arts drempels ervaren en hoe patiënten met ED als klacht omgingen.

Praten over seksualiteit is nog steeds niet eenvoudig, niet voor de patiënt en niet voor de huisarts. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er verschillende drempels zijn waardoor dit zo moeilijk is. Tevens werd uit voorgaande onderzoeken al snel duidelijk dat ED eigenlijk een frequent probleem is, maar dat weinig mannen hun huisarts hiervoor contacteren.

De prevalentie van ED bij mannen in de Nederlandse praktijk is 3.7 per 1000 mannen per jaar. Hiertegenover staat dat de gemiddelde prevalentie van ED in Nederland volgens de NHG standaard 14% is, en toeneemt bij ouder worden. Van de mannen met ED die behoefte hadden aan hulp, ging slechts 25% naar de huisarts en werd amper 12% uiteindelijk door de huisarts behandeld. Daarenboven vragen mannen met ED niet, of meestal pas na lange tijd (13 maanden) om hulp.[1]

ED is m.a.w. een prevalent probleem waarvan wij als arts slechts het "topje van de ijsberg" zien. Het "topje" dat wij zien op consultatie, wordt vaak door de patiënt zelf naar voor gebracht, en niet door de arts. Van de grote "verborgen ijsberg", zou maar liefst 80% van de mannen bereid zijn om erover te praten, indien de arts het onderwerp naar voor brengt.[2-3-4]

Ondanks het grote aantal drempels dat men ervaart als arts om erectieproblemen te bespreken, is het toch van fundamenteel belang om deze te overwinnen omwille van 2 redenen. In de eerste plaats omdat het een belangrijke negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit van zowel de patiënt als zijn partner [5], maar ook omdat – zo blijkt uit recent onderzoek- erectiestoornissen de eerste signalen kunnen zijn van een hart- en vaatziekte. [3,6-7]

Richtlijnen adviseren de huisarts reeds om niet alleen te reageren op een hulpvraag van de patiënt omtrent een erectieklacht, maar erectiestoornissen ook te signaleren bij risicogroepen. Een goed moment om dit na te vragen kan bv. zijn tijdens een jaarlijkse controle. [1]

Andere studies brengen naar voor dat ED een "sentinel-marker" kan zijn voor onderliggend cardiovasculair lijden en vinden het daardoor zelfs belangrijk dat de arts, en meer bepaald de huisarts, ED actief navraagt. Dit kan door te screenen naar ED, bv. door de vraag te implementeren in het cardiovasculair onderzoek van mannen. Indien men screent naar ED, wordt ED en mogelijks ook cardiovasculair lijden, sneller en frequenter ontdekt [3,8-9]

In de praktijk gebeurt dit echter zelden.[2,10-11]

Ook ik vroeg ED in de praktijk niet systematisch na bij mannen, zelfs niet bij mannen met risicofactoren. Enerzijds omdat ik voor dit onderzoek niet wist dat ED een vroegtijdige marker van CV-lijden kon zijn, anderzijds omdat ik me er niet comfortabel bij voelde door verschillende drempels.

In onze praktijk zijn we op zoek gegaan naar een methode om de bespreekbaarheid van ED te vergroten of verbeteren en op die manier de drempel bij zowel de arts als de patiënt te verlagen. Aangezien ED een eerste teken kan zijn van hart- en vaatlijden, leek het ons opportuun om een preventieve tool te ontwikkelen om ED te bevragen tijdens de preventieve oppuntstelling van het cardiovasculair risico van de mannelijke patiënt.

Vandaar ook de titel van dit onderzoek: “Drempels rond bespreekbaarheid van erectiestoornissen bij de huisarts. Implementatie van een preventieve tool.” Op die manier hopen we de huisartsen handvaten aan te reiken *hoe* ze erectiestoornissen kunnen bevragen en *wanneer* ze dat kunnen doen.

Naast de ontwikkeling van deze tool, leek het ons ook belangrijk om de bruikbaarheid ervan in de dagelijkse praktijk te toetsen. Aan de hand van een interview bij artsen verbonden aan onze LOK-groep, zal men proberen een zicht te krijgen op drempels die ervaren worden, op welke manier ED momenteel bevraagd wordt en welke methode hen het meest geschikt lijkt. Nadien krijgen ze de kans om de “tool” uit te voeren. Met een laatste interview zal men proberen een idee te krijgen van de mening van de huisartsen over de bruikbaarheid van deze tool en de ervaring ermee.

Erectiestoornissen bevragen i.k.v. preventie: verlaagt dit de drempel bij de artsen of patiënten om erectiestoornissen te bespreken en is dit bruikbaar in de dagelijkse praktijk?

2. LITERATUURSTUDIE

I. Methode

De literaire zoektocht begon met het nalezen van de NHG-standaard over erectiele disfunctie (ED). Uit de vermelde bronnen werden nog 4 artikels nagelezen en geselecteerd.

Nadien volgde een zoektocht naar artikels via de zoekmachine Pubmed. Via deze weg werden artikels gezocht rond (o.a. communicatieve) drempels bij gesprekken over erectiele disfunctie en seksuele problemen, over het verband tussen cardiovasculair lijden en ED, algemene epidemiologische gegevens en het gebruik van vragenlijsten en screening bij ED.

Exclusiecriteria waren artikels van voor 2000 en artikels die niet gratis verkrijgbaar waren. Andere limits die werden toegepast waren: "Human" en "Engels" of "Nederlands".

De zoektermen werden gevonden via Mesh. De artikels werden gezocht via de volgende keywords: "erectile dysfunction (diagnosis, epidemiology, etiology, therapy, pathophysiology)", "communication", "communication barriers", "general practice", "prevalence", "primary health care", "physician primary care", "physical examination", "questionnaires", "cardiovascular diseases (prevention en etiology)", "sexual dysfunction, physiological", "patient acceptance of health" en "attitudes of health personnel". Vaak werden één of meerdere zoektermen gecombineerd in de elektronische zoekmachine Pubmed. Dit leverde in totaal een 500-tal referenties op. De artikels werden nadien geselecteerd op basis van hun titel. Indien deze verband hield met dit onderzoek, werd het abstract gelezen. Uiteindelijk werden 22 bijkomende artikels uitgekozen en gelezen.

Aanvullend werden via "related articles" op Pubmed bijkomende interessante bronnen gevonden, net als tussen de referenties van de gelezen artikels.

Via het Tijdschrift voor Geneeskunde werden ook artikels rond erectiestoornissen gezocht. Dit leverde 1 extra artikel op. Verder werd de gezondheidsgids van Domus Medica nagelezen.

II. Resultaten

A. Algemeen

a. Definitie van ED

Er zijn in de loop der jaren meerdere definities van erectiele disfunctie (ED) geformuleerd. In de NHG-standaard over erectiele disfunctie werd gekozen voor de definitie die door de "Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine" wordt gehanteerd. Deze definitie luidt: 'Het voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of te behouden, voldoende voor seksuele activiteit'. Dit komt overeen met de definitie volgens de NIH (National Institutes of Health) zoals vermeld in de studie volgens Dean et al (2005) en de WHO. [1,5]

ED kan ingedeeld worden in psychogene ED, organische ED (neurogeen, hormonaal, arterieel, cavernosaal of medicatie-geïnduceerd) of gecombineerde ED. [3] (Zie ook tabel 3)

b. Prevalentie

Algemeen

ED komt naar schatting voor bij 20-30 miljoen mannen in de VS en bij meer dan 150 miljoen mannen wereldwijd. ED neemt toe met de leeftijd: ongeveer 26% van de mannen tussen 50 en 59 jaar en 40% van de mannen tussen 60 en 69 jaar ervaren erectiestoornissen volgens Rosenberg (2007).[3]

Uit een studie blijkt dat de prevalentie van ED wereldwijd varieert. Veel hangt af van de definitie die gebruikt wordt: van 11% in Nederland tot 52% in de VS.[12]

Men schat dat de prevalentie wereldwijd ten minste zal verdubbelen tussen 1995 en 2025, voornamelijk door de vergrijzing van de maatschappij.[13]

Naast een stijgende prevalentie van ED, o.a. ook door de komst van de fosfodiësterase type 5-inhibitoren, is de rol van de huisarts in de behandeling belangrijker geworden. Het aandeel van de patiënten dat door de huisarts zelf behandeld werd, steeg statistisch significant van 54% naar 83% volgens het Leidse onderzoek.[14]

Uiteenlopende resultaten

In de studie volgens Shabsigh et al (2004) varieert de prevalentie van 4 tot 6% bij mannen jonger dan 40 jaar, tot 39 à 73% in de leeftijdsgroep 70- tot 75-jarigen. De grote variatie in gerapporteerde prevalentie tussen studies komt voornamelijk door verschillen in studiemethode, verschillen in definitie van ED en de leeftijd van de patiënt. Deze studie had een algemene leeftijdsgerelateerde wereldwijde prevalentie van 14%.[13] Dit komt overeen met de prevalentie in de ENIGMA-studie die 16.8% was.[15]

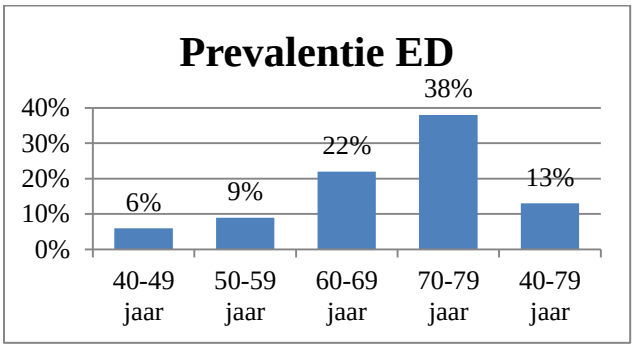
Het is algemeen geweten dat ED frequenter voorkomt naarmate de patiënt ouder wordt. Volgens Lyngdorf (2003) stijgt de prevalentie voornamelijk in de leeftijdsgroep tussen 60 en 69 jaar.[16]

Ook in het Krimpen onderzoek stijgt de prevalentie met de leeftijd (50-54 jaar 3%, 70-78 jaar 26%), maar slechts een derde van de mannen met ernstige erectiestoornissen gaf aan dit eigenlijk een 'groot probleem' te vinden. [17] De subjectieve beleving en de mate waarin men problemen ervaart, is uiteraard belangrijk, zo vermeldt ook Hengeveld (2001). Door alle definities van erectiele disfunctie en erectiestoornissen op een hoop te gooien, komen hoge prevalentiecijfers naar boven. Geloofwaardigere, lagere prevalentiecijfers ziet men, wanneer gevraagd wordt naar de ervaren hinder van de ED, zoals in de Boxmeer studie, waar er sprake is van een prevalentie van 13%. [14]

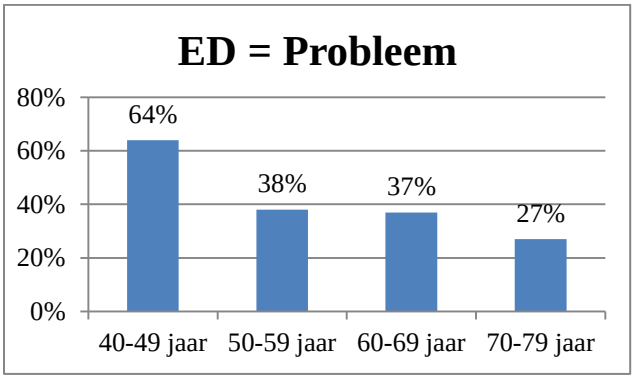
Tabel 1 toont een overzicht van de algemene prevalentie van erectiestoornissen per leeftijdscategorie en tabel 2 toont hoeveel procent van de mannen met erectiestoornissen dit in de Boxmeer studie als een groot of middelgroot probleem ervoeren. Belangrijk is dat dit onderzoek plaatsvond voordat de fosfodiësterase type 5-inhibitoren op de markt kwamen. Algemeen antwoordde 13% positief op de vraag: "Heeft u problemen om een erectie te krijgen?".[18]

Ook de ernst van de ED kan een invloed hebben op het percentage. Mak et al (2002) voerde een bevolkingsonderzoek uit in België, namelijk in Gent en Charleroi. In deze studie was de prevalentie van mannen tussen 40 en 70 jaar met ernstige ED 10,1%, met matige ED 24,7%, met milde ED 26,6% en 38,7% had geen ED.[19]

Tabel 1: Prevalentie van erectiestoornissen, Boxmeerstudie[18]



Tabel 2: % van mannen met ED die dit beschouwen als een groot probleem, Boxmeerstudie[18]



c. Etiologie

Verschillende studies en analysen, net zoals de ENIGMA-studie in Nederland (2004), tonen een significant verband tussen ED en bepaalde kenmerken, zoals: toenemende leeftijd, diabetes mellitus, hypertensie, atherosclerose, angina pectoris, voorgeschiedenis van AMI of CVA, bestralingen in het kleine bekken, spinale en neurologische problemen en peniele problemen. Ook meer psychologisch gerelateerde symptomen zoals depressie, relationele problemen, weinig zelfvertrouwen, faalangst en surmenage toonden een verband, net als roken, alcoholconsumptie en druggebruik.[15]

ED wordt beschouwd als een vasculaire aandoening. Het deelt bovendien veel gemeenschappelijke risicofactoren met cardiovasculaire aandoeningen zoals: vergrijzing, hypertensie, roken, diabetes, obesitas en metabool syndroom.[7]

In tabel 3 wordt een uitgebreid overzicht gegeven van mogelijke oorzaken van erectiele disfunctie, zoals vermeld in het review artikel van Rosenberg (2007).[3] Erectiele disfunctie is in elk geval een complexe aandoening, meestal met een multifactoriële etiologie, die vaak bestaat uit een combinatie van psychologische en fysieke factoren.[13]

In een studie volgens Lyngdorf et al (2003) verhoogt het risico op ED 3 keer wanneer mannen medicatie nemen.[16]

Tabel 3: Oorzaken van erectiele disfunctie[3]

Oorzaak	Voorbeeld
Veroudering	
Psychologische aandoeningen	Depressie, angst
Neurologische aandoeningen	Cerebrale aandoeningen, spinale letsels of aandoeningen, perifere neuropathie, N. Pudendus letsel
Hormonale stoornissen	Hypogonadisme, hyperprolactinemie, hyper- of hypothyreoïdie, Cushing syndroom, Ziekte van Addison
Vasculaire aandoeningen	Atherosclerose, coronaire hartziekten, ischemisch hartlijden, perifere vasculaire ziekten, veneuze insufficiëntie, aandoeningen t.h.v. corpus cavernosus, hyperlipidemie, hypertensie
Medicatie	Antihypertensiva (B-blokkers en thiazidediuretica), antidepressiva, oestrogenen en anti-androgenen, digoxine
Usus	Marihuana gebruik, alcoholmisbruik, narcotica, roken
Andere aandoeningen	Diabetes mellitus, renaal falen, COPD

d. Impact

ED blijkt een grote invloed te hebben op de levenskwaliteit van de patiënt én van zijn partner. Volgens Dean et al 2005 is er zowel een invloed op de mentale als de fysieke gezondheid, en dit op alle leeftijden, maar in het bijzonder bij jongere mannen. Mannen met ED hebben vaker stress en emotionele problemen. ED wordt geassocieerd aan een laag zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, relationele spanningen, angst en zelfs relatiebreuken.[5]

Algemeen kan men stellen dat ED een significante invloed heeft op het levensgeluk.[15] Vermoedelijk geldt ook de omgekeerde redenering en kan men spreken van een circulaire relatie. Hiernaast is er steeds meer evidentie dat er een link bestaat tussen ED en het risico op cardiovasculaire aandoeningen. Dit wordt verder uitgebreid besproken.[3]

B. Communicatieve drempels om ED te bespreken

a. Algemeen

Sinds de komst van een mogelijke orale behandeling van ED, is de publieke bekendheid van ED toegenomen, en het sociale stigma verminderd. Echter, 30% van patiënten met erectiestoornissen zoekt momenteel professionele hulp en slechts 11% krijgt een behandeling.[12-13] Ondanks de toegenomen bewustwording van ED, voornamelijk na de invoering van fosfodiësterase type 5-inhibitoren, blijft dus 70% van de mannen met ED onbehandeld. Dit is voornamelijk te wijten aan de terughoudendheid om ED te bespreken met een arts en de aarzeling van artsen om het onderwerp te bespreken met hun patiënten.[3] M.a.w. de één wacht op de ander… Dit heb ik zelf ook in de praktijk ervaren.

Het aantal niet-gediagnosticeerde en onbehandelde patiënten is nog steeds hoog, té hoog, zodat actieve communicatie hierover door de arts nodig is. In realiteit echter, wordt een gesprek over ED vaak geïnitieerd door de patiënt. Zo begon bv. in de EDOS-studie 67% van de patiënten zelf het gesprek over ED.[8]

Er is heel veel evidentie dat professionele gezondheidswerkers seksueel gerelateerde problemen niet zo vaak als patiënten wel zouden willen, bespreken tijdens de consultatie. Hieronder wordt een overzicht gegeven van mogelijke drempels bij artsen en patiënten.[20]

b. Bij de arts

Veel artsen zijn zich tegenwoordig bewust van het belang van seksuele gezondheid, maar hun klinische competentie op het vlak van seksuele problemen en communicatie hierover is nog steeds onvoldoende ontwikkeld voor effectieve veranderingen op dit vlak.[8]

Artsen krijgen weinig onderwijs en training in seksueel gerelateerde problemen, ondanks grote algemene vooruitgang in onderzoek en praktijk op dit gebied. Huisartsen in het bijzonder krijgen weinig of geen onderwijs in seksuele geneeskunde in de loop van hun opleiding. Daarom is er een toenemende kenniskloof tussen de wetenschap en de competentie van de meeste artsen in de aanpak van seksuele problemen. Dit uit zich voornamelijk op het gebied van communicatie en in de anamnese. Artsen initiëren zelden een discussie over seksuele problemen, hoewel zijzelf van het tegendeel overtuigd zijn.[4] Deze tegenstrijdigheden vinden we terug in een paar onderzoeken.

Zo beweren in een studie 72 % van de urologen en 49% van de huisartsen zelf het gesprek over ED te zijn gestart. 73% van de patiënten beweert echter het tegendeel.[2]

Ook in de studie van Fisher et al. geven artsen aan dat ze geen grote drempels ervaren om te communiceren over ED met patiënten. Paradoxaal echter, beweren ze te wachten op de patiënt om het onderwerp ter sprake te brengen. Ze geven aan dat, zelfs wanneer zij een probleem vermoeden bij de patiënt, zij het niet proactief aanhalen omwille van de *gevoeligheid van het onderwerp*.[21]

De huisarts of algemeen internist is vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met ED.[8] In het verleden was dit de specialist. Ondanks het toegenomen bewustzijn van mogelijk effectieve behandelingen, blijven er significante barrières in de arts-patiënt communicatie hierover bestaan.[10] Hieronder worden enkele drempels benoemd.

<u>Consultatieduur</u>

Artsen zijn vaak terughoudend om seksuele problemen te bespreken omdat ze verwachten dat de *consultatie daardoor veel langer zal duren*. Ze hebben het gevoel dat ze mogelijk "de *doos van Pandora* openen" wanneer ze een gesprek erover beginnen. Ze vinden ook dat je bij een positief antwoord, onmogelijk kan zeggen: "We zullen dit de volgende keer bespreken, nu is er onvoldoende tijd voor".[8,20] Daarnaast vinden artsen ED *geen prioriteit* om te bespreken i.v.m. andere aandoeningen met een hoge morbiditeit of mortaliteit.[22]

<u>Emotionele reacties bij patiënt</u>

Volgens Hartmann et al (2007) zijn ze bezorgd dat patiënten de kans om te praten over seksualiteit zouden *afwijzen, of geïrriteerd of verveeld* zouden reageren en dat dit op die manier de arts-patiënt relatie onder *druk* zou zetten.[8]

In de eerste lijn hebben artsen schrik dat navragen van seksuele tevredenheid, *opdringerig of gênant* zal overkomen.[22]

Artskenmerken

In een Italiaanse studie in 2008, blijkt dat *vrouwelijke artsen* zich minder comfortabel voelen bij de diagnose ED dan mannen. De kans op verwijzing naar een specialist bij een vrouwelijke arts, is hier 3 maal groter. Ook *oudere artsen* verwijzen sneller.[10]

Patiëntenkenmerken

Daarnaast is een gesprek over seksuele gezondheid moeilijker voor artsen met bepaalde patiëntengroepen. Dit blijkt ook uit de studie volgens Gott et al in 2004 in Engeland. Mogelijke drempels zijn hierbij: patiënten van *het andere geslacht*, patiënten van het *zwarte ras* en van *etnische minderheden, oudere en niet-heteroseksuele patiënten*.[20]

c. Bij de patiënt

Perelman et al (2005) onderzocht de houding van mannen ten opzichte van erectiele disfunctie. Aan de hand van een observationele studie in 6 landen (Verenigde Staten (VS), Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Italië en Spanje) kon men afleiden dat gemiddeld 1 man op 3 het *onmogelijk* vindt om erover te spreken met een arts of een ander persoon en dat 29,7 % *beschaamd* is om erover te praten en daardoor geen hulp zoekt.[12]

9 tot 35% van de mannen zijn ervan overtuigd dat hun *dokter zich niet comfortabel* voelt bij het bespreken van erectiele disfunctie en maximum 43% van de patiënten voelt *zichelf niet op zijn gemak* om seksuele problemen te bespreken met zijn arts.[12]

Toch is er vermoedelijk reeds een groot verschil i.v.m. vroeger. In een studie uit de VS in 1999, was 68% van de volwassenen nog bezorgd dat hun dokter beschaamd was om over seksuele problemen te praten en had 71% schrik dat de dokter hun bezorgdheden zou *minimaliseren*.[12] 68% heeft schrik dat ze de *arts in verlegenheid brengen* wanneer ze hulp vragen voor een seksuele disfunctie.[22]

In het onderzoek volgens Shabsigh et al (2004) zochten de meeste mannen geen hulp omdat ze geloofden dat ED een *normaal gevolg van verouderen* was of omdat ze geloofden dat hun ED *spontaan zou overgaan*. Vaak waren ze ook beschaamd om erover te praten.[13] Ook een studie in Maleisië (2011) toont dezelfde redenen aan om ED niet te bespreken. Andere belangrijke redenen waren: ze wisten dat hun ED het resultaat was van *een medisch probleem* of het een gevolg was van de *medicatie* die ze namen. In deze studie besprak slechts 10,5% het probleem met hun arts. 53,2% voelde zich hierbij comfortabel, 38,2% oncomfortabel.[23]

Bereidheid om seksuele problemen te willen bespreken hangt in een Deense studie voornamelijk af van de leeftijd van de patiënt en de actuele erectiele problemen. Bij *oudere mannen* is er dus meer sprake van taboe. ED neemt nochtans toe met de leeftijd, maar slechts 10% zoekt hiervoor hulp.[16]

Fisher et al geeft een overzicht wat voor patiënten de moeilijkheden waren om een gesprek te beginnen met een arts over ED: toegeven dat het probleem niet wegging (33%), accepteren dat er een probleem was (29%), moeilijk om over seksuele problemen te praten (24%), een manier vinden om het gesprek te beginnen (23%), onmogelijk om over emotionele onderwerpen te praten (10%), moeilijkheden om het te beschrijven (21%), overwinnen van eigen angsten (21%), schrik voor de reactie van de dokter (9%). 52% voelt zich echter hoopvol en 28% opgelucht na een eerste gesprek. 26% was angstig, 29% beschaamd.[24]

Redenen in deze studie om er niet met een arts over te praten waren: te gevoelig/beschamend/privé (37%), geen probleem die ik momenteel wil aanpakken (25%), het is een tijdelijk probleem (23%), ik ben (17%) of wij zijn perfect gelukkig zonder seks (22%), schrik voor ongewenste (21%) of onbetaalbare (17%) medicatie, hij kan me toch niet helpen (8%), hij zal me niet serieus nemen (9%), mijn dokter vermijdt de discussie (5%), ik wil mijn dokter niet lastig vallen (21%) en ik heb schrik dat er een ernstige aandoening zal gevonden worden (21%).[24] Een studie in Canada toonde echter aan dat 80% van de mannen die geen hulp zochten voor hun ED, bereid zou zijn hun probleem te bespreken met een arts indien de arts zelf ED ter sprake bracht. [3]

d. Gevolgen

Door drempels bij zowel de patiënt om ED te bespreken als bij de arts om ED na te vragen, blijkt uit het Boxmeer onderzoek dat slechts 25% van alle mannen met ED een arts raadpleegde, en dit pas na gemiddeld 13 maanden.[18] In een andere studie besprak slechts 10,5% het probleem met hun arts.[23]

Een studie in België toont aan dat hoe ernstiger de seksuele disfunctie en hoe ouder de man is, hoe meer terughoudend hij is om zijn symptomen te bespreken met zijn huisarts. Dus zij die de meeste nood hebben aan professionele hulp, krijgen er het minst.[8]

De helft van de artsen blijkt er ook van overtuigd te zijn dat patiënten dit probleem zelf naar voor zullen brengen indien ze dit wensen. Hier tegenover staat dat 82% van de patiënten eigenlijk verkiest dat de arts zelf het initiatief neemt om het probleem ED te bespreken in een routine consultatie.[10] Men stelt dus vast dat de patiënt wacht op de arts en omgekeerd.

e. Verschillende communicatieve strategieën

Levine et al (2000) stelt dat artsen best zelf het gesprek over ED starten op een directe, openhartige en onbevooroordeelde manier. Men kan hier bijvoorbeeld gebruik maken van volgende openingszinnen: “Hoe is je seksleven?”, “Hoe is je relatie met je partner?”, “Ervaart u seksuele problemen zoals bv. erectieproblemen?”. Een andere aanpak die voorgesteld wordt, is de patiënt het gevoel te geven dat hij niet de enige is die deze problemen ervaart. Bv.: “Veel patiënten met hypertensie vertellen me dat ze ook erectieproblemen hebben, is dit bij u ook het geval?”.[25]

Het antwoord of de reactie van de patiënt kan de arts voldoende informatie geven om in te schatten of er al dan niet een probleem is. Wanneer een arts het moeilijk heeft om bovenstaande vragen te stellen, kan men gebruik maken van een vragenlijst voor mannen ouder dan 40 jaar als gespreksopener. Voorbeelden zijn onder andere de SHIM (Sexual Health Inventory for Men) en de IIEF (International Index of Erectile Function). Deze zijn beiden gevalideerd en betrouwbaar. Patiënten kunnen deze vragenlijsten in de wachtkamer of thuis invullen en meebrengen naar de consultatie.[25]

Ook de SCORED-studie in België toonde aan dat vragenlijsten behulpzaam kunnen zijn. 81% van de huisartsen vond dit bruikbaar en 83% van de patiënten.[2] In een studie volgens Hartmann et al (2007) werd eveneens gebruik gemaakt van een vragenlijst. In deze studie werd 38,9% van de consultaties over ED gestart door de patiënt, 53,6% naar aanleiding van de vragenlijst en 15,9% door de arts zelf. Dit toont aan dat vragenlijsten kunnen helpen om een gesprek over ED te initiëren, maar ook (zoals reeds eerder vermeld) dat het vooral de patiënten zijn die momenteel het gesprek beginnen.[8]

Als men de gesprekken rond ED, geïnitieerd door de arts, verder analyseert, ziet men dat het onderwerp het meest aangehaald werd door te vragen naar fysieke ziekte, operaties of behandeling (30,6%), gevolgd door navragen in de context van gezondheidscheck-up of preventieve onderzoeken (29,8%). Minder frequent was het navragen n.a.v. bijwerkingen van medicatie (9,3%) of stress, emotie of alcohol gerelateerde problemen (6,9%).[8]

Deze studie toonde aan dat een korte vragenlijst over seksuele disfunctie uitgevoerd kan worden op een systematische en tijdsefficiënte manier en toch constructief en voldoening gevend kan blijven, zowel voor de arts als de patiënt. In deze studie hadden de artsen slechts bij 10% van de patiënten het gevoel dat ze niet verder op het onderwerp wilden ingaan en bij 10% dat er sprake was van schaamte of een gebrek aan openheid. Een gesprek over seksuele gezondheid is dus mogelijk in de context van routine medische praktijkvoering wat betreft tijdsduur en inhoud. Algemeen moeten artsen weten dat ze proactief moeten zijn met betrekking tot ED en seksuele gezondheid en dat dit kan zonder opdringerig te zijn.[8]

C. ED als risicofactor op cardiovasculaire aandoening

a. Verband met cardiovasculaire ziekte (CVZ)

Gegevens suggereren dat de presentatie van ED bij mannen zou moeten aanzetten tot beoordeling van het totaal cardiovasculair risico. ED kan namelijk een vroegtijdige waarschuwing zijn van een verhoogd risico op coronair arterieel lijden. M.a.w., ED is eigenlijk een soort "sentinel"-marker voor sluipende vaatziekten. Een patiënt met ED moet beschouwd worden als een cardiovasculaire patiënt tot het tegendeel bewezen is.[3]

ED en hart- en vaatziekten hebben gemeenschappelijke risicofactoren. Meer dan 70% van de patiënten met hart- en vaatziekten hebben ook ED. In de studie volgens Jackson et al (2013) ziet men dat ED, bij mannen zonder CVZ, vaak een cardiovasculair event 2 tot 5 jaar voorafgaat. Zij raden dan ook aan een vraag naar ED toe te voegen in de anamnese wanneer men een inschatting probeert te maken van het algemeen cardiovasculair risico van de patiënt.[26] Men moet zo veel mogelijk patiënten trachten te identificeren met ED om interventie tijdig mogelijk te maken en te maximaliseren.[3]

Miner schreef in 2011 een review over ED en het verband met cardiovasculaire ziekten. Voornamelijk bij jonge mannen (jonger dan 60 jaar), wordt het voorkomen van ED geassocieerd met een duidelijke toename van het risico op een toekomstige hartaandoening. Bij oudere mannen is de prognostische waarde minder. Bij mannen van 49 jaar en jonger, wordt ED zelfs geassocieerd met een 50-voudige toename van de 10-jaars incidentie van een cardiaal event.[6]

Bij jongere mannen is er normaal een hogere incidentie van psychogene ED, en volgens sommige studies zijn er zelfs argumenten om te zeggen dat bij hen elke ED (gedeeltelijk) een psychologische oorzaak heeft. Toch kan ED, bij jongere mannen die meer dan 1 cardiovasculaire risicofactor hebben, een uiting zijn van onderliggende vasculaire pathologie. ED blijkt symptomen van coronaire arteriële ziekte vooraf te gaan bij hen.[6]

In een studie uitgevoerd in Nederland in 2008, werd aan 1248 patiënten zonder cardiovasculaire aandoeningen, ED nagevraagd. Ze werden nadien 6.3 jaar opgevolgd. "Ja" antwoorden op de vraag van aanwezigheid van ED bij aanvang van de studie, bleek een voorspeller te zijn op uitkomsten zoals AMI, CVA en plotse dood, *onafhankelijk* van de Framingham risicofactoren (zoals leeftijd, roken, cholesterol, bloeddruk en familiaal risico).[6]

De conclusie van deze review is dan ook duidelijk: “Mannen met ED hebben -of kunnen een risico lopen op de ontwikkeling van- een potentieel ernstige aandoening, zoals misschien een cardiovasculair event binnen 5 tot 10 jaar. Daarom is screening en monitoring van mannen met ED niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk. Alleen dan kunnen we het verband ten volle begrijpen en kunnen toekomstige cardiale events voorkomen worden.”[6]

Dat er een verband is tussen ED en CVZ, dat kunnen we nu wel stellen. Gandaglia et al (2013) heeft een kort overzicht opgesteld met enkele praktische punten die we in ons achterhoofd moeten houden door het verband tussen ED en CVZ in tabel 4.[7]

Tabel 4: Verband tussen ED en CVZ: praktische punten[7]

- ED komt vaak voor, voornamelijk op oudere leeftijd
- ED en CVZ delen de zelfde risicofactoren
- ED en CVZ hebben een gemeenschappelijke pathofysiologische achtergrond
- ED heeft een hoge prevalentie bij patiënten met coronair lijden
- ED is een kenmerk voor gegeneraliseerde vaatziekten
- ED kan een cardiovasculaire aandoening 2 tot 5 jaar voorafgaan
- ED voorspelt cardiovasculaire aandoeningen en mortaliteit in het algemeen
- Behandeling van ED moet cardiovasculaire risicovermindering bevatten

b. Pathofysiologie

Bij organische ED is de meeste ED van vasculaire aard. Hierbij speelt de endotheliale disfunctie een rol en dit zorgt op zijn beurt voor een mogelijks etiologisch/pathofysiologisch verband tussen hart- en vaatziekten en vasculaire ED. Ondanks het feit dat de literatuur een verband tussen ED en endotheliale disfunctie naar voor schuift, zijn er tot op heden nog geen studies die dit bewijzen. Een aantal studies bij patiënten met ED tonen aan dat de endotheliale disfunctie zich niet alleen beperkt tot de bloedvaten in de penis. Een simpele, kosteneffectieve, sensitieve en specifieke test voor de bruikbaarheid van endotheliale functie als voorspeller van cardiovasculaire events, ontbreekt echter nog steeds.[26]

De *“slagadergrootte*” is een hypothese die kan verklaren waarom patiënten met coronair lijden, ED regelmatig rapporteren, reeds vooraleer hun coronair lijden ontdekt wordt. Het lumen van de arteriën in de penis (1-2 mm) is aanzienlijk kleiner dan die van de coronairen (3-4 mm) of perifere arteria femorales (6-8mm). Een plaque van een bepaalde grootte kan de circulatie significant verhinderen in de penile arteriën zonder dat de circulatie ergens anders in het gedrang komt. Op de andere plaatsen blijft de plaque dus subklinisch aanwezig.[26]

Naast endotheliale disfunctie, die vaak het resultaat is van chronische inflammatie, speelt ook een laag niveau van androgenen (of testosteron) een rol. Laaggradige chronische inflammatie heeft een effect op de endotheliale functie en kan leiden tot een pro-trombotische status. Lage testosteron niveaus worden in verband gebracht met ED, metabool syndroom, diabetes en hart- en vaatziekten.[7]

D. Screenen naar ED

a. Waarom?

Zoals hierboven reeds vermeld werd, is er steeds meer evidentie dat er een link bestaat tussen ED en het risico op cardiovasculaire aandoeningen. ED blijkt een sterke marker voor toekomstige cardiovasculaire events, gelijkaardig aan het risico van roken, familiale voorgeschiedenis van AMI of hyperlipidemie.[3] Patiënten brengen ED als klacht zelf niet snel naar voor. Daarom is het belangrijk dat er in de eerste lijn gescreend wordt naar ED tijdens de anamnese of het klinisch onderzoek.[8]

Aangezien ED aanzien mag worden als "sentinel-marker" voor sluipende vaatziekten of coronair lijden, moet een patiënt met ED beschouwd worden als een cardiovasculaire patiënt tot het tegendeel bewezen is. Dit kan dus door over te gaan tot een beoordeling van het totale cardiovasculaire risico van de patiënt. Wanneer men screent naar ED, wordt ED en eventueel cardiovasculair lijden, sneller en frequenter ontdekt, en kan men mogelijks tijdig een behandeling opstarten.[3]

In het Krimpen onderzoek bijvoorbeeld was de populatie attributieve risicofractie voor (ernstig) verminderde erectiele stijfheid 11,7%. Dit betekent dat potentieel 11,7% van de cardiovasculaire events kunnen worden vermeden, bijvoorbeeld door primaire of secundaire preventiemaatregelen te starten na het vinden van een verminderde erectiele stijfheid.[9]

Één enkele vraag, gesteld in deze studie over erectiele stijfheid, bleek een voorspeller te zijn voor acuut myocardinfarct, beroerte en plotselinge dood, onafhankelijk van de risicofactoren die gebruikt worden in het Framingham risicoprofiel. In deze studie raadt men ook aan om die ene vraag te implementeren in het onderzoek naar cardiovasculair risico bij mannen.[9]

Ook Miner (2011) raadde in zijn review aan dat huisartsen zouden screenen naar ED, omdat ED vaak samen voorkomt met andere comorbiditeiten zoals diabetes, hypertensie, dyslipidemie.[6]

De NHG-standaard is iets afwachtender in zijn consensus, in afwachting van betere follow-uponderzoeken. Ze zijn voorlopig van mening dat routinematige screening op HVZ nog niet is geïndiceerd bij alle mannen met ED. Bij patiënten met ED bij wie de huisarts geen somatogene of psychogene oorzaak vindt, zou de ED mogelijk een vroeg teken kunnen zijn van cardiovasculair lijden.[1]

b. Tools in kader van diagnostiek

Aangezien de incidentie en prevalentie van ED toeneemt, is het belangrijk dat artsen over korte, accurate en efficiënte tools beschikken om ED te diagnosticeren. Patiënten-vragenlijsten zijn tools om de mate van ED te interpreteren en worden gebruikt in klinische studies.[3]

Naast vragenlijsten, blijkt de IIEF-5 test een nuttig instrument om te screenen en zo een gesprek over ED te beginnen. De "International Index of Erectile Function" (IIEF) is een internationaal erkende vragenlijst over de (on)mogelijkheid tot het krijgen van een erectie en over de kwaliteit van het seksleven. De vragenlijst bestaat uit vijftien vragen. Meestal wordt de verkorte versie van slechts vijf vragen gebruikt, de IIEF-5 test. Bij een totaalscore van 21 of minder punten is de kans groot dat er in mindere of meerdere mate sprake is van een erectieprobleem.[23]

De geschikte openingszin vinden om een gesprek over ED te beginnen blijkt een zeer belangrijk onderdeel van de communicatie te zijn.[8]

In de Massachusetts Male Aging Study, werd het gebruik van zelfevaluatie van ED aan de hand van 1 vraag getest. Hierbij werd de definitie van erectiele disfunctie gegeven en dan kon de patiënt kiezen tussen niet impotent, minimaal impotent, matig impotent en compleet impotent aan de hand van de bijgeschreven uitleg. De resultaten werden o.a. vergeleken met de antwoorden op de IIEF-studie en het klinisch onderzoek door de uroloog. Zelfevaluatie van ED bleek klinisch gediagnosticeerde ED te voorspellen met een sensitiviteit van 91.3% en een specificiteit van 75.8%.[27]

Vragenlijsten en testen zijn handig in studieverband. In de praktijk en vooral in de eerste lijn, zijn eenvoudige vragen zoals: "Hoe is uw intieme leven?" of "Heb je moeite om een erectie te handhaven tijdens betrekkingen?" al voldoende om een potentiële ED vast te stellen. We kunnen besluiten dat er nog geen richtlijn gedefinieerd is rond de juiste screeningsaanpak. Elke arts kan hierin zijn eigen stijl bepalen. Het is echter wel belangrijk dat ED voldoende vroeg wordt vastgesteld.[3]

c. Waarom screent men (nog) niet?

Ondanks de bewustwording van het belang van vroegtijdige detectie, zien we dat in een studie de eerstelijnsartsen slechts 23% van hun mannelijke patiënten screenden op ED. Daarenboven bleek 58% van de gescreende mannen zelf het gesprek over ED met hun arts te zijn begonnen.[11] Ook in de SCORED-studie in België hebben 71% van de patiënten het gesprek geïnitieerd.[2]

In een studie in de VS, bleek slechts 13% van de huisartsen systematisch bij alle mannen boven de 40 jaar erectiele problemen na te vragen, 51% van de huisartsen deed dit enkel bij patiënten met risicofactoren.[8] Gelijkaardige resultaten vinden we terug in een Italiaanse studie in 2008. Slechts 9,6% van de huisartsen informeert routinematig naar ED bij mannen ouder dan 40 jaar, 45,2% vraagt naar aanwezigheid van ED bij patiënten met risicofactoren en 45,2% zegt dit alleen na te vragen wanneer de patiënt het probleem zelf naar voor brengt.[10]

Naar voor gebrachte redenen om niet te screenen door huisartsen zijn: onvoldoende tijd, onmogelijkheid om geschikte vragen te formuleren, schaamte en onhandigheid bij het gebruik van seksuele termen, vrees om de patiënt te beledigen o.w.v. culturele, etnische of religieuze tradities en bezorgdheid over een inadequate therapeutische respons op de ingestelde behandeling.[3]

E. Besluit en probleemstelling in kader van deze Masterproef

Zoals uit het literatuuronderzoek blijkt, is erectiele disfunctie een frequent probleem met een variërende prevalentie afhankelijk van de gehanteerde definitie. Zowel artsen als patiënten ervaren verschillende drempels om ED te bespreken, waardoor de diagnose vaak achterwege blijft en de klacht nooit aan bod komt. Erectiestoornissen hebben echter een belangrijke invloed op de levenskwaliteit en kunnen bovendien een vroegtijdig teken zijn van hart- en vaatziekten. Sommige recente studies adviseren daarom om naar ED te screenen bij oppuntstelling van het cardiovasculair risico.

Hoe kunnen we de drempel om ED te bespreken, verlagen én ervoor zorgen dat de diagnose ED tijdig gesteld wordt in het kader van het cardiovasculair risicoprofiel van mijn patiënt? Kunnen we door te screenen naar ED, de drempel verlagen om het te bespreken? Twee vliegen in één klap?

3. ONDERZOEK

I. Motivatie van het project

Zoals reeds vermeld in de inleiding en in het literatuuronderzoek, is ED een frequent probleem, maar wordt het te weinig besproken of naar voor gebracht door zowel de huisarts als de patiënt. Dit komt omdat zowel de arts als de patiënt veel drempels ervaren.

In eerste instantie was het de bedoeling een studie op te zetten om een zicht te krijgen op de drempels die de patiënten in onze praktijk ervoeren om erectiele disfunctie te bespreken en welke drempels huisartsen naar voor brengen. Na een kort literatuuronderzoek bleek echter dat daar al vrij veel onderzoek naar gebeurd was.

In de meest recente studies, kwam naar boven dat ED een mogelijk vroegtijdige merker is van cardiovasculair lijden, zelfs voordat andere risicofactoren aanwezig zijn. Sommige onderzoeken raden bovendien aan om bij mannen systematisch te screenen in het kader van de opstelling van hun cardiovasculair risicoprofiel.

Na vele gesprekken met mijn praktijkopleider, co-promotor en promotor, begon het onderzoeksopzet vorm te krijgen. Aan de hand van een eenvoudige tool, willen we de drempel om ED na te vragen, verlagen en het de huisarts gemakkelijker maken om ED systematisch bespreekbaar te maken. Op deze manier hopen we de huisartsen een richtlijn te geven *wanneer* ze erectiestoornissen kunnen navragen en *hoe* ze dat kunnen doen.

ED navragen gebeurt volgens onderzoek het best aan de hand van een korte, duidelijke zin.[3,18] Volgende zin werd in dit onderzoek naar voor geschoven: “Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?” Na veel overleg en literatuuronderzoek, leek het meest geschikte moment om deze vraag te stellen, in kader van preventie.

Het GMD mét preventiemodule, het zogenaamde GMD+, bestaat sinds 1 april 2011 voor alle patiënten die bij de huisarts een GMD (globaal medisch dossier) hebben en die tussen 45 en 75 jaar zijn. De huisarts moet hiervoor een door het Riziv vastgelegde checklist aflopen en in het dossier opnemen. Dat kan bijvoorbeeld aan de hand van de vragenlijst van de Gezondheidgids, opgesteld door Domus Medica.[28]

Het GMD+ lijkt ons een unieke gelegenheid om ED bespreekbaar te maken door kort het onderwerp aan te halen. Wij stellen dan ook voor om deze vraag te stellen wanneer de huisarts het GMD + overloopt, samen met de patiënt, of in het kader van een algemeen preventief (cardiovasculair) onderzoek wanneer de arts niet vertrouwd is met het GMD+. Dit is als het ware onze “preventieve tool”. Het uitvoeren van de tool i.k.v. het GMD+ kan een handig hulpmiddel zijn, maar voor artsen die niet vertrouwd zijn om met het preventiedossier te werken, kan het ook net de drempel om ED i.k.v. preventie na te vragen, verhogen.

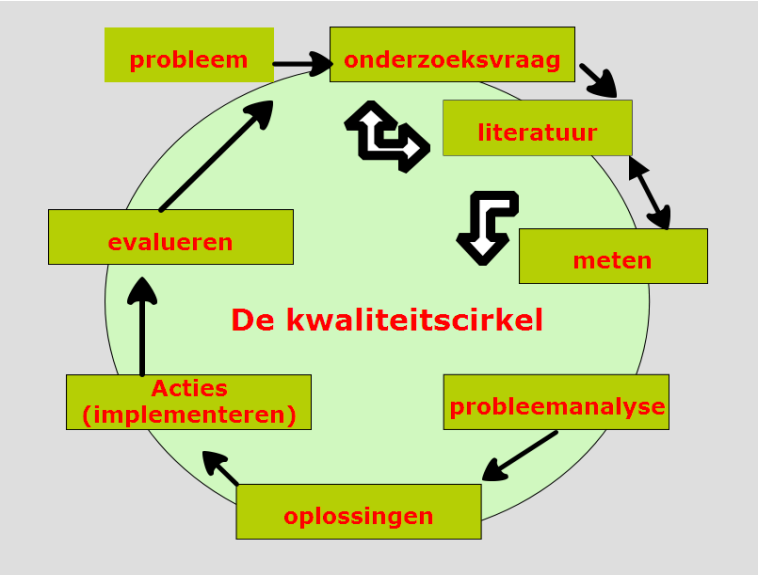
Om een correcte inschatting te maken van het cardiovasculair risicoprofiel, wordt nagevraagd of de patiënt rookt, er sprake is van diabetes of hypertensie, of er een verhoogd familiaal risico is… Tussen deze vragen kan de huisarts kort ED bevragen a.d.h.v. bovengenoemde zin. Dit is te verantwoorden aangezien ED een vroegtijdige marker kan zijn van cardiovasculair lijden.

Naast de ontwikkeling van deze tool, leek het ons ook belangrijk om de bruikbaarheid in de dagelijkse praktijk te toetsen.

Aan de hand van een interview bij artsen verbonden aan onze LOK-groep, zal men trachten een zicht te krijgen op drempels die ervaren worden, op welke manier ED momenteel bevraagd wordt en welke methode hen het meest geschikt lijkt. Nadien krijgen ze de kans om de "tool" uit te voeren. Met een laatste interview zal men proberen een idee te krijgen van de mening van de huisartsen over de bruikbaarheid van deze tool en de ervaring ermee. Op deze manier is er een idee van de situatie voor de implementatie ervan en erna. Het is de bedoeling dat dankzij deze eenvoudige tool, de drempel in de praktijk bij artsen verlaagd wordt om erectiele disfunctie bij patiënt na te vragen en dat op deze manier ED sneller ontdekt en behandeld kan worden.

II. Praktijkverbeterend project

We kunnen dit onderzoek beschouwen als een praktijkverbeterend project waarbij de kwaliteitscirkel in grote mate gevolgd werd.[29]



Probleem: Er zijn veel drempels om ED te bespreken, zowel bij de huisarts als bij de patiënt. Hoe kunnen we dit probleem aanpakken?

Onderzoeksvraag: Wat zijn drempels bij artsen en patiënten om ED te bespreken en hoe kunnen deze drempels verlaagd worden? Is het belangrijk om ED na te vragen als arts?

Literatuur: Zie literatuuronderzoek.

Meten: Aan de hand van een eerste interview wordt nagegaan wat de drempels zijn bij de artsen, op welke manier ED momenteel wordt nagevraagd en welke methode hen het meest geschikt lijkt.

Probleemanalyse: ED bespreken is moeilijk, zowel voor de patiënt als voor de arts. Toch is het belangrijk dat we het de patiënt zo eenvoudig mogelijk maken om dit te bespreken en dit om 2 redenen: ED heeft een negatieve invloed op de levenskwaliteit en het kan een vroegtijdig teken zijn van cardiovasculair lijden.

Oplossingen: Door de huisarts een handige tool aan te reiken, proberen we én de drempel te verlagen én ervoor te zorgen dat ED vroeger gedetecteerd wordt. De huisartsen krijgen de kans om deze tool uit te testen. Nadien gaan we na hoe bruikbaar de huisartsen deze tool vinden in de dagelijkse praktijk.

III. Methodologie

A. Doelgroep en aanpak

Er werd beslist om alle huisartsen, verbonden aan onze LOK-groep (dus Aalter - Ursel) persoonlijk te contacteren i.v.m. dit onderzoek. Dit gebeurde in de periode van 1 t.e.m. 30 september 2013. Telefonisch werd uitleg over het onderzoeksopzet gegeven, waarna gevraagd werd of ze aan deze studie wilden meewerken of niet. In totaal werden 24 huisartsen gecontacteerd, waarvan uiteindelijk 17 artsen deelnamen aan de studie. Tijdsgebrek of geen interesse waren de belangrijkste redenen om niet deel te nemen. Een uitgebreide informatiebrief (Zie bijlage 1) werd zowel schriftelijk als via mail overhandigd aan de 17 artsen en een toestemmingsformulier werd telkens ondertekend (Zie bijlage 2).

De huisarts op zich, koos dan weer willekeurig 5 mannelijke patiënten, tussen 45 en 75 jaar oud, met of zonder co-morbiditeiten, om 1 vraag i.v.m. erectiestoornissen aan te stellen i.k.v. preventie, bij voorkeur in kader van het GMD+.

B. Het onderzoek

Het onderzoek zelf kan eigenlijk ingedeeld worden in 3 luiken.

a. Luik 1

Aan de hand van een kort interview met 10 meerkeuzevragen, persoonlijk afgenomen, tracht men om een zicht te krijgen op mogelijke drempels die deze huisartsen ervaren in het navragen of bespreken van erectiestoornissen. (Zie bijlage 3.) Tevens werd gekeken op welke manier ED effectief het meest besproken wordt en welke methode voor hen eigenlijk het beste lijkt. Andere vragen die aan bod kwamen zijn: de frequentie van consultaties i.v.m. ED, de duur van een consultatie over ED, gebruik van hulpmiddelen zoals folders, de houding van de patiënt volgens de artsen, hun houding tegenover stellingen en hun idee over het opzet van dit onderzoek. Deze vragenlijst werd bij 17 huisartsen afgenomen in de periode van 1 oktober 2013 t.e.m. 6 november 2013.

b. Luik 2

Nadien kregen de artsen de opdracht bij 5 willekeurige patiënten erectiestoornissen na te vragen. Door het gebruik van 1 standaard zin (“Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?”) kan snel een inschatting gemaakt worden of er sprake is van erectiestoornissen of niet. Dit werd in deze studie enkel nagevraagd bij een mannelijke patiënt, ouder dan 45 jaar, niet ouder dan 75 jaar, met of zonder co-morbiditeit, die op consultatie kwam omwille van een algemene check up (vaak met bloedafname), bij voorkeur i.k.v. het GMD +. Het was *niet* de bedoeling dat de vraag *ingeleid* werd (bv.: “Ik stel nog 1 vraag in kader van een studie: Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?”), maar wel subtiel tussen de andere vragen rond cardiovasculaire preventie in het geheel opging. De vraag mocht *wel ingekaderd* worden. Bv.: “Studies hebben aangetoond dat erectiestoornissen een vroegtijdig teken kunnen zijn van hart- en vaatziekte, daarom stel ik u de vraag: “Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?””… De leeftijd, de reactie en het antwoord van de patiënt konden genoteerd worden op een apart formulier. (Zie bijlage 5.) Dit was niet verplicht. De artsen kregen 8 à 10 weken de tijd om deze preventieve tool te testen. Na 8 weken werd de arts telefonisch gecontacteerd om een vervolgafspraak vast te leggen. Luik 2 werd afgerond in de periode van 1 oktober 2013 tem 15 januari 2014.

c. Luik 3

Na uitvoering van het vorige luik, werd tenslotte nagegaan aan de hand van een 2de kort interview hoe de artsen de opdracht uitgevoerd hebben (gebruik van de correcte zin en het voorgestelde moment), wat ze vonden van de preventieve tool (bruikbaarheid van de gebruikte zin en de timing, duur van het consult) en het onderzoek (drempelverlagend?; onnodig?; algemene invloed van gebruik van de preventieve tool en gebruik na deze studie), welke informatie dit opleverde en hoe ze zich er bij voelden (eigen gevoel en reactie van de patiënt). (Zie bijlage 4.) Dit laatste interview werd afgenomen bij de 17 huisartsen in de periode van 6 december 2013 t.e.m. 16 januari 2014.

IV. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten, verkregen na verwerking van de interviews met behulp van Excel als spreadsheet, vermeld.

A. Luik 1

a. Profiel van de deelnemende artsen

Van de 24 gecontacteerde huisartsen van onze LOK-groep, wensten uiteindelijk 17 artsen deel te nemen aan het onderzoek. 5 van de 17 artsen waren vrouwen, 12 waren mannen. De meeste deelnemers waren solo-artsen (11/17), 3 artsen hadden een duo-praktijk en 3 artsen waren tenslotte arts in een groepspraktijk.

Verschillende leeftijdscategorieën onder de artsen waren vertegenwoordigd. De meeste artsen waren tussen de 40 en 50 jaar oud (5/17) of tussen de 60 en de 70 jaar (4/17). 3 artsen waren tussen de 50 en de 60 jaar oud. Zowel de artsen ouder dan 70 jaar als de artsen tussen 30 en 40 jaar waren met 2 vertegenwoordigd. Slechts 1 arts was jonger dan 30 jaar.

b. Algemeen

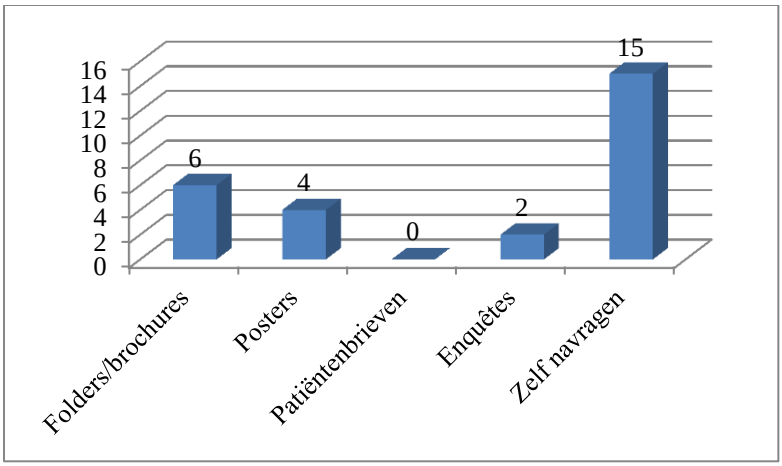
Samengevat: De meeste artsen hadden de afgelopen maand een gesprek gevoerd met een patiënt over erectiele disfunctie. Gemiddeld duurde dit consult nooit langer dan 15 minuten. De meeste artsen hebben "geen bijzonder gevoel" tijdens een consult over ED. Ze proberen ED momenteel bespreekbaar te maken door er zelf naar te vragen.

De frequentie van een consultatie over ED de laatste maand, was bij 8 artsen minder dan 3 keer, bij 5 artsen minder dan 6 keer en bij 1 arts was dit zelfs meer dan 6 keer. Slechts 3 artsen hadden geen gesprek over ED de laatste maand met hun patiënten.

9 van de 17 artsen vermelden "geen bijzonderheden" bij hun gevoel tijdens een consult over erectiele disfunctie (53%) en 6 artsen (35%) zeggen zich comfortabel te voelen. 2 artsen daarentegen voelen zich minder goed tijdens dit consult, 1 arts voelt zich niet comfortabel en 1 arts is beschaamd.

Wanneer gepeild wordt naar de gemiddelde duur van een consult over ED, blijken alle artsen te vinden dat dit nooit langer dan 15 minuten duurt. 1 arts vindt zelfs dat dit consult gemiddeld niet langer dan 5 minuten duurt. De meerderheid (10/17 of 59%) zegt dat de duur tussen de 5 à 10 minuten ligt, volgens 35% (6/17) is dit tussen de 10 en 15 minuten.

Zoals weergegeven in figuur 1, proberen de meeste dokters ED momenteel bespreekbaar te maken door er zelf naar te vragen (15/17 of 88%). 4 onder hen gebruiken bovendien posters en 6 folders. Geen enkele arts maakt gebruik van patiëntenbrieven.



Figuur 1: Hoe proberen artsen momenteel ED bespreekbaar te maken?

c. Dé consultatie over erectiele disfunctie

Samengevat: In deze vragen werd de mening en het idee van de artsen i.v.m. een consultatie over ED nagegaan en gekeken hoe ze ED bevragen en welke manier voor hen geschikter lijkt in de toekomst. De meeste artsen vermoeden dat de patiënt ED niet onmiddellijk ter sprake zal durven brengen en dat ze de hulpvraag over ED zullen uitstellen. De helft is van mening dat de patiënt het belangrijk vindt dat de arts ED zelf ter sprake brengt en de meerderheid denkt niet dat de patiënt ED niet wil bespreken met zijn arts en vermoedt dus ook dat de patiënt het geen probleem zal vinden wanneer dit i.k.v. preventie nagevraagd wordt.

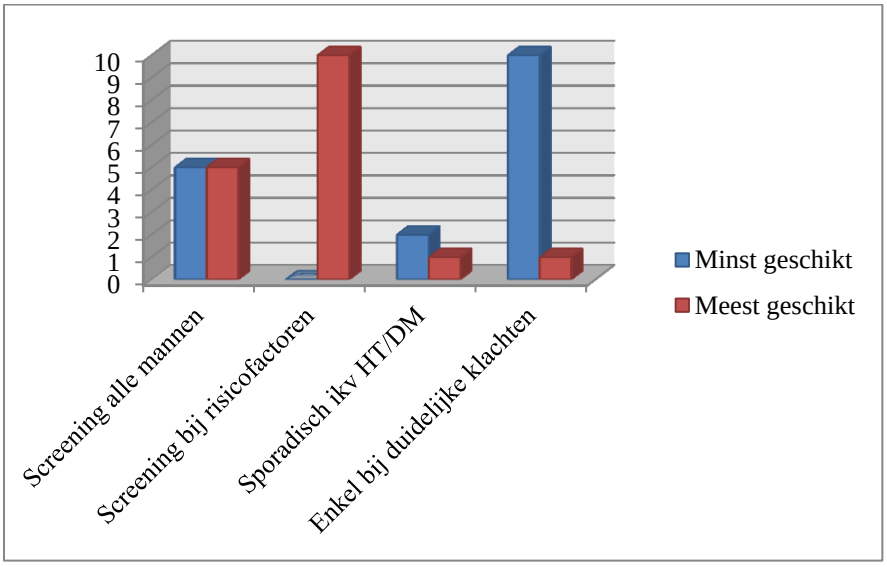
ED werd voor dit onderzoek het meest besproken wanneer de patiënt op consultatie kwam voor een andere klacht en de patiënt de klacht zelf terzijde ter sprake bracht. Minst frequent was er een systematisch screenen naar ED vanaf een bepaalde leeftijd. Voor de meeste artsen lijkt de "Systematische screening bij mannen met risicofactoren, bv. i.k.v. het preventiedossier" de meest geschikte methode. Enkel navragen bij klachten was dan weer de minst geschikte.

Wanneer er sprake is van erectiele disfunctie vermoeden 11 van de 17 artsen (65%) dat de patiënt dit niet onmiddellijk ter sprake zal durven brengen. 2 van de 17 artsen (12%) denken van wel. 11 artsen denken dan ook dat patiënten de hulpvraag over ED zullen uitstellen, 2 artsen denken dat niet, 7 artsen hebben een neutrale mening. 9 van de 17 artsen (53%) zijn ervan overtuigd dat de patiënt het belangrijk vindt dat de arts ED zelf ter sprake brengt. 1 arts denkt van niet. 14 van de 17 artsen (82%) zijn het er niet mee eens dat patiënten ED helemaal niet willen bespreken met hun huisarts en het navragen ongepast vinden.

Opnieuw 82% van hen vermoedt dan ook dat de patiënt er geen probleem mee heeft dat de huisarts ED bevraagt i.k.v. screening aangezien dit kadert in preventie en voorkomen van erger. De antwoorden op de vraag of patiënten het gemakkelijker vinden om ED te bespreken met een mannelijke arts of niet, zijn verdeeld. 9 artsen houden er een neutrale mening op na, 8 artsen zijn het hier mee eens.

De artsen kregen de opdracht om de verschillende settings waarin ze over ED met hun patiënt spraken te rangschikken van minst naar meest frequent. De antwoorden waren verdeeld, maar toch kunnen we er enkele belangrijke conclusies uit trekken. ED werd het meest besproken wanneer de patiënt op consultatie kwam voor een andere klacht en de patiënt de klacht zelf terzijde ter sprake bracht (10/17). Respectievelijk 3 en 4 artsen vinden dat de meest frequente setting is dat ED de hoofdklacht is van de patiënt en dat er gescreend wordt naar ED bij aanwezigheid van risicofactoren. De minst frequente setting was het systematisch screenen naar ED vanaf een bepaalde leeftijd (15/17).

Hierna kregen de artsen de opdracht om verschillende methodes om ED te bespreken te rangschikken van minst geschikt naar meest geschikt. 10 van de 17 artsen vonden de meest geschikte methode "Systematische screening bij mannen met risicofactoren (leeftijd 45+ en co-morbiditeit of medicatie inname), bv. i.k.v. het preventiedossier", 5 vonden dit van de methode "Systematische screening van alle mannen i.k.v. het preventiedossier". Deze laatste setting zorgt voor verdeelde antwoorden want ook 5 van de 17 artsen vonden dit de minst geschikte optie. (Zie figuur 2.) Het merendeel van de artsen (10/17) vond "Enkel navragen wanneer duidelijke ED klachten" de minst geschikte manier.



Figuur 2: Meest geschikte methode om ED te bespreken

d. Stellingen

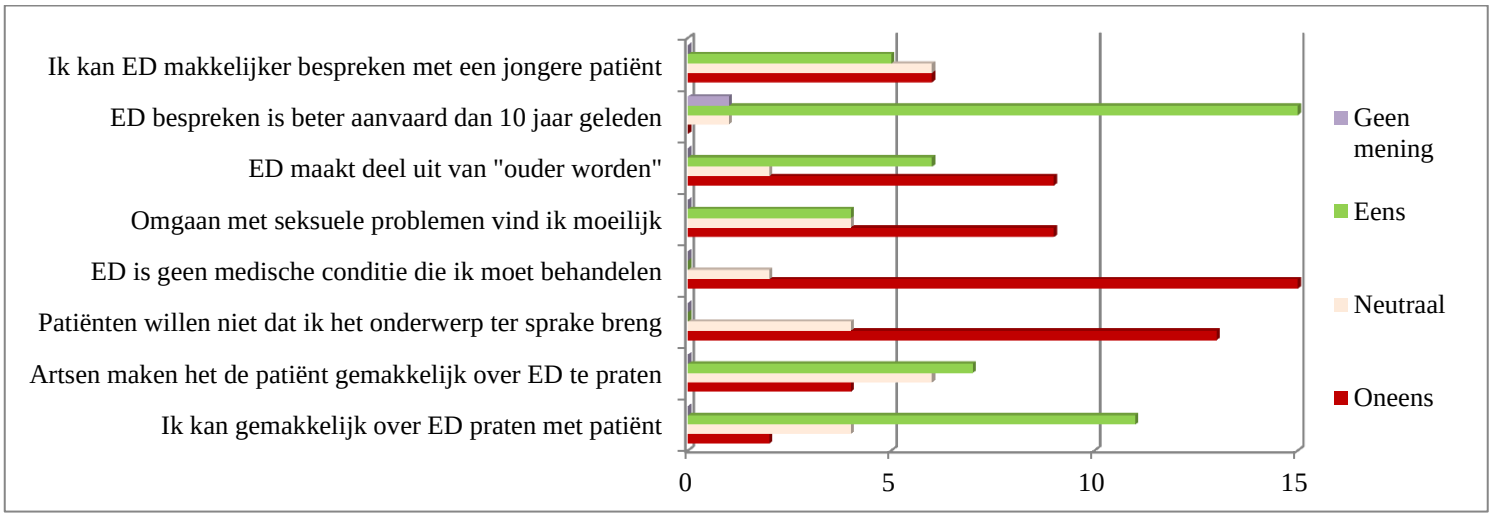
Samengevat: Aan de hand van 8 stellingen, werd getracht meer te weten te komen over de houding en de mening van de artsen rond erectiele disfunctie.

De meeste artsen zijn van mening dat ze gemakkelijk over ED kunnen praten met hun patiënt en dat ED bespreken beter aanvaard is dan 10 jaar geleden. Ze zijn het er niet mee eens dat ED geen medische conditie is die ze moeten behandelen of dat de patiënt niet wil dat ze het onderwerp ter sprake brengen.

De meeste artsen vinden dat ze gemakkelijk over ED kunnen praten met hun patiënt (11/17), 2 artsen vinden dit niet. Bijna alle artsen (15/17) bevestigen dat ED bespreken, beter aanvaard is dan 10 jaar geleden. Over de stelling dat ED makkelijker te bespreken is met een jongere patiënt zijn de meningen verdeeld: 5 artsen zijn het daar mee eens, 6 oneens, en nog eens 6 artsen houden er een neutrale mening op na.

De meeste artsen zijn het er niet mee eens dat ED deel uitmaakt van "ouder worden" (9/17), 6 artsen zijn het er wel mee eens. Ze zijn ook bijna unaniem oneens met de stelling dat ED geen medische conditie is die ze moeten behandelen (15/17). Ook zijn 13 van de 17 artsen het oneens dat patiënten niet willen dat de arts het onderwerp ter sprake brengt. Of ze het de patiënt gemakkelijk maken om over ED te praten, daar zijn de meningen weer over verdeeld. 7 artsen vinden van wel, 4 van niet. 6 durven er zich niet over uit te spreken.

Algemeen vinden 9 van de 17 artsen het niet moeilijk om met seksuele problemen om te gaan, 4 artsen hebben er wel moeite mee. (Zie figuur 3.)



Figuur 3: Stellingen

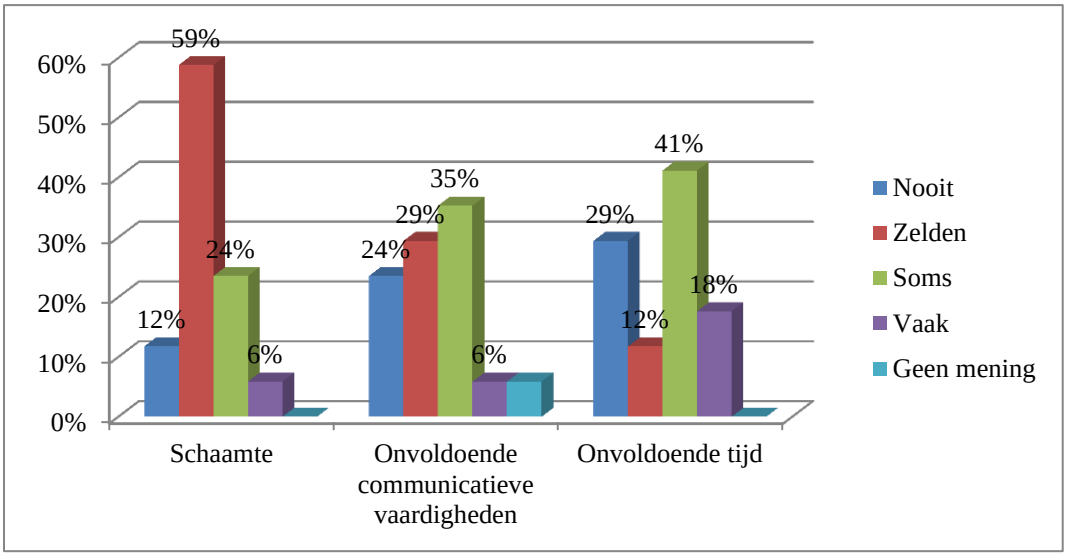
e. Drempels

Samengevat: Er werd aan de huisartsen gevraagd welke drempels ze ervaren bij het bespreken van ED en in welke mate dit voorkomt. Ze konden kiezen uit nooit, zelden, soms, vaak, altijd en geen mening per drempel. Meer dan de helft ervaart zelden schaamte, een groot deel van de artsen ervaart soms te weinig tijd om ED te bespreken. De meerderheid heeft soms moeite om een geschikte openingszin te vinden en heeft soms het idee dat de patiënt er niet wenst over te spreken. De meeste artsen hebben nooit het gevoel geen mandaat te hebben om ED te bespreken.

Schaamte: 59% van de artsen ervaart zelden schaamte, 24% soms en 6% vaak. 12% zegt nooit schaamte te ervaren. (Zie figuur 4.)

Onvoldoende communicatieve vaardigheden: Hierover zijn de meningen verdeeld. 24% zegt nooit en 29% zelden het gevoel te hebben over onvoldoende communicatieve vaardigheden te beschikken om ED te bespreken. 35% van de artsen heeft soms dat gevoel, 6% vaak. 6% heeft geen mening hierover. (Zie figuur 4.)

Onvoldoende tijd: Een groot deel van de artsen (41%) ervaart soms te weinig tijd voor de bespreking van ED, 18% vindt zelfs vaak dat een consult rond ED te lang duurt. 29% heeft nooit dit gevoel, 12% zelden. (Zie figuur 4.)

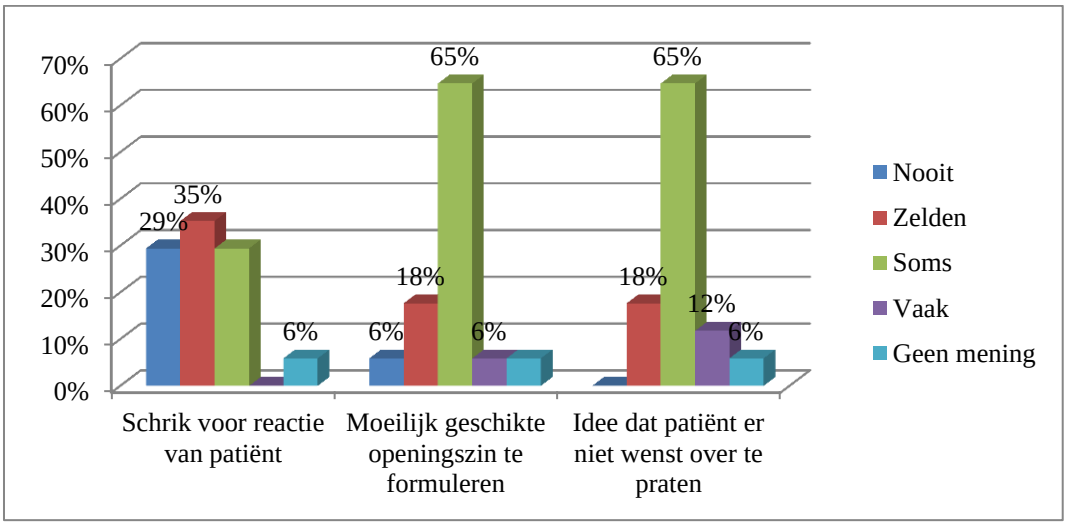


Figuur 4: Drempels schaamte - communicatie - tijdsgebrek

Schrik voor de reactie van de patiënt: Ook hier zien we uiteenlopende resultaten. Evenveel artsen (29%) hebben nooit of soms schrik van de reactie van de patiënt op de bespreking van ED. 35% heeft hier zelden schrik voor, 6% heeft geen mening hierover. (Zie figuur 5.)

Moeilijk om een geschikte openingszin te formuleren: Maar liefst 65% van de artsen geven aan het soms moeilijk te hebben om een geschikte openingszin te formuleren, 6% vindt het zelfs vaak moeilijk. 18% vindt het zelden moeilijk, 6% nooit. 6% heeft geen mening hierover. (Zie figuur 5.)

Idee dat de patiënt er niet wenst over te praten: Opnieuw 65% van de artsen geeft aan dat hij of zij soms het idee heeft dat de patiënt er niet wenst over te praten, 12% heeft dat idee vaak. 18% zegt maar zelden dat idee te hebben, 6% heeft geen mening. (Zie figuur 5.)



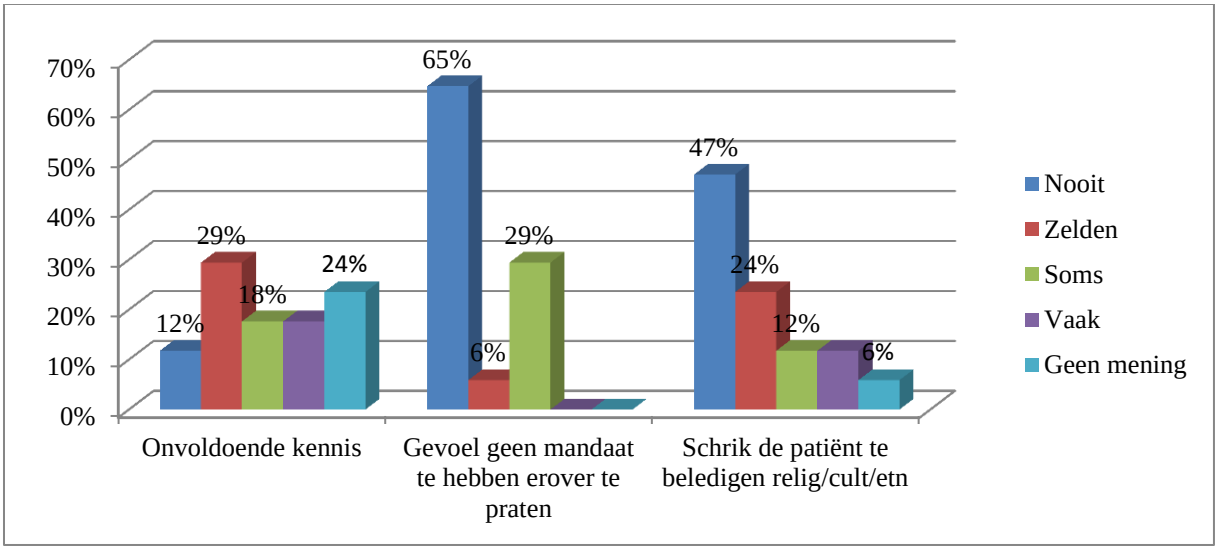
Figuur 5: Drempels: reactie patiënt - openingszin - patiënt wenst er niet over te praten

Onvoldoende kennis: Voor deze drempel zijn de antwoorden verdeeld. 24% van de artsen vindt het moeilijk om een mening te hebben over zijn eigen kennis. 18% geeft soms of zelfs vaak het gevoel dat er onvoldoende kennis over ED is. 29% heeft zelden onvoldoende kennis, 12% nooit. (Zie figuur 6.)

Gevoel geen mandaat te hebben: 65% van de artsen heeft nooit het gevoel geen mandaat te hebben om over ED te praten, 6% zelden, 29% soms. (Zie figuur 6.)

Schrik de patiënt te beledigen o.w.v. religieuze/culturele of etnische redenen: Slechts 12% heeft soms en 12% vaak schrik om de patiënt te beledigen tijdens een gesprek rond ED. 47% heeft hier nooit schrik voor, 24% zelden. 6% had geen mening. (Zie figuur 6.)

Een arts vermeldde een extra drempel, namelijk dat hij of zij vaak te weinig spontaan aan ED denkt.



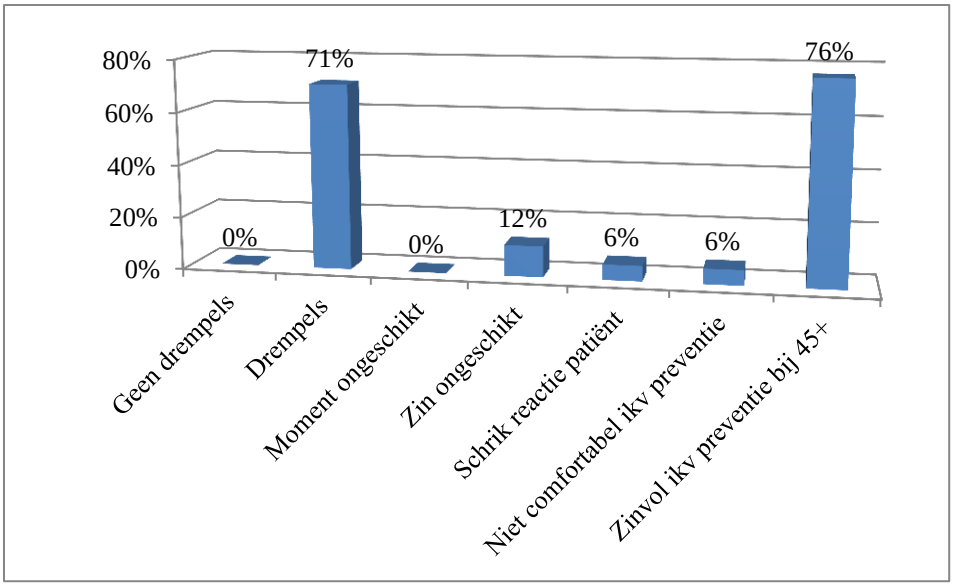
Figuur 6: Drempels: kennis - geen mandaat - beledigen

f. Het onderzoek

Samengevat: In een laatste vraag van het eerste interview, werd nagegaan wat de mening van de huisartsen was over dit onderzoek. (Zie figuur 7.) De meeste artsen geven toe drempels te ervaren om ED na te vragen en het lijkt hen zinvol om ED te bevragen bij alle mannen ouder dan 45 jaar in het kader van preventie.

Geen enkele huisarts gaf aan dat hij of zij helemaal geen drempel ervaart om ED te bevragen. 71% van de artsen vindt dat ED bespreken inderdaad niet eenvoudig is en ervaart drempels.

Niemand vindt het moment om ED na te vragen, zoals voorgesteld in de studie in kader van preventie, ongeschikt. Voor 12% van de artsen leek de voorgestelde zin (“Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?”) ongeschikt. 1 arts heeft schrik voor de reactie van zijn patiënten wanneer hij ED bij hen zal navragen voor deze studie en 1 arts zal zich niet comfortabel voelen bij het stellen van de vraag in het kader van preventie. 76% procent van de artsen lijkt het zinvol om ED te bevragen bij alle mannen ouder dan 45 jaar, met of zonder co-morbiditeiten in het kader van preventie.



Figuur 7: Mening van de artsen over dit onderzoek

Bij deze vraag konden de huisartsen ook vrij andere reacties en meningen vermelden.

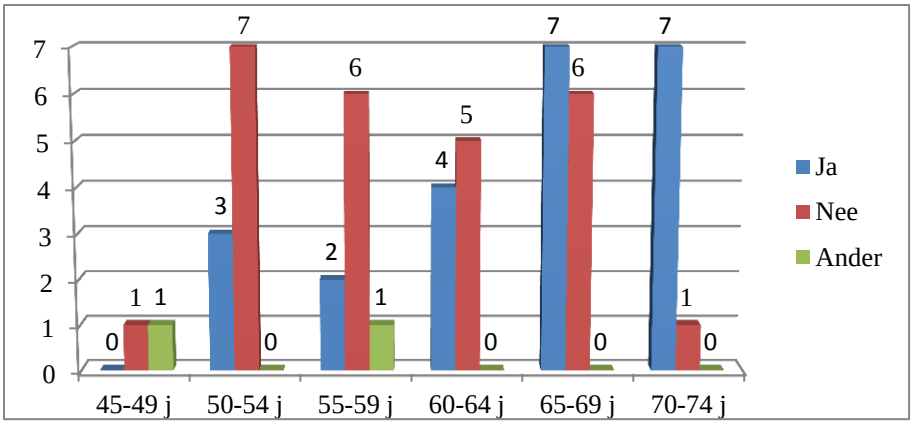
1 arts zou het nuttig vinden om te screenen vanaf 60 jaar, niet vanaf 45 jaar. Dezelfde arts vindt het ook nodig dat de vraag niet te letterlijk aan de patiënt gesteld wordt. Een andere arts laat noteren dat het haar dankzij dit onderzoek duidelijk werd dat ze drempels heeft. Het systematisch navragen in kader van het preventiedossier lijkt haar een zeer waardevolle aanvulling: “Het is neutraal en verlaagt de drempel voor de patiënt (en de arts)”. 1 dokter vermeldt dat hij niet met het preventiedossier werkt en dus ook ED niet zal kunnen bevragen in kader van het GMD+. Een andere arts vindt dat ED navragen in de preventie-anamnese een ideale gelegenheid lijkt.

B. Luik 2

De 17 huisartsen kregen de opdracht aan 5 patiënten de vraag te stellen “Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?” i.k.v. preventie, bij mannen tussen 45 en 75 jaar oud, bij voorkeur tijdens de oppuntstelling van het GMD+. Ze kregen hiervoor minstens 8 weken de tijd.

5 van de 17 artsen bevroegen geen 5 patiënten, meestal uit tijdsgebrek. 1 van deze 5 artsen bevroeg niemand, omdat deze manier van consultvoeren niet overeenkwam met zijn werkwijze en hij niet werkt met het GMD+. 2 artsen uit de zelfde praktijk stelden de vraag aan 2, respectievelijk 3 patiënten. Zij hadden in de zomermaanden reeds veel GMD+-dossiers afgesloten, en kwamen daardoor niet aan voldoende patiënten.

11 van de 17 artsen vulden het beschikbare invulformulier in waar ze de leeftijd, het antwoord en de reactie van de patiënten konden noteren. Hierop werden uiteindelijk 51 patiënten genoteerd. Om een zicht te krijgen op de leeftijdsgerelateerde antwoorden, hebben we de patiënten ingedeeld in verschillende leeftijdscategorieën, telkens per 5 jaar. Zoals men kan afleiden uit figuur 8, werden slechts 2 patiënten tussen de 45 en 49 jaar genoteerd op deze formulieren. De andere categorieën zijn vrij gelijklopend qua aantal, namelijk tussen de 8 en de 13 patiënten per leeftijdscategorie. Het valt op dat naarmate de patiënten ouder worden, het antwoord “Ja” (blauwe kolom) op de vraag frequenter voorkomt. Jongere mannen hebben vaker “Nee” geantwoord (rode kolom).



Figuur 8: Antwoord op de vraag: "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?"

Hier volgt een opsomming van enkele reacties van de patiënten die door de artsen genoteerd werden: “Is niet verbaasd”, “Moet eventjes glimlachen”, “Misschien wat verbaasd”, “OK”, “Onwennig”, “Verwonderd”, “Bezorgdheid”, “Ongerust”, “Dat is niet meer belangrijk”, “Zeker niet afkerig, eerder positief”, “Neutraal”, “Normaal voor de leeftijd”, “Geen probleem”, “Open”, “Geruststellend”, “Tevreden”, “Lacht”, “Fronst”, “Normaal” en “Aarzeling”.

C. Luik 3

Na 10 weken werd een 2de interview van de huisarts afgenomen om na te gaan hoe bruikbaar de preventieve tool is, hoe het onderzoek uitgevoerd werd en wat de uiteindelijke mening van de arts over dit onderzoek is.

a. Het uitvoeren van de preventieve tool – de interventie

Samengevat: De meeste artsen formuleerden de vraag zoals naar voor gebracht in ons onderzoek. De vraag werd meestal, zoals gevraagd, gesteld i.k.v. preventie.

Formulering van de vraag: 10 van de 17 artsen formuleerden de vraag, identiek zoals voorgesteld in ons onderzoek. De redenen om dit te doen waren divers: “Omdat het de vraag was”, “Omdat het een duidelijke vraag is, met een duidelijk antwoord”, “Omdat het een directe vraag is, to the point”. 5 van de 17 artsen stelde de vraag soms op een andere manier. Een arts vond het gemakkelijker om te vragen: “Is de seks nog goed”. Andere artsen trachten soms minder direct de vraag te stellen, bv.: “Zijn er problemen bij betrekkingen?”, “Zijn er problemen rond seksualiteit”. 2 artsen stelden de vraag nooit op deze manier. Eén van hen omdat hij de vraag nooit gesteld heeft aangezien hij niet werkt met het GMD+ en één arts omdat hij de vraag te formeel vond. Hij formuleerde de vraag als volgt: “Heb je soms problemen met seks?”.

De setting: 13 van de 17 artsen stelden de vraag i.k.v. het GMD+ of preventie, tussen de vragen rond cardiovasculaire preventie en niet ingeleid. (Zie methodologie bij onderzoek.) Het antwoord waarom ze dit deden was uiteenlopend: “Omdat het de opdracht was”, “Het is een goede situatie”, “Het is het gemakkelijkste moment”, “Omdat het op die manier in de routine vragen gestoken werd zonder er nadruk op te leggen”, “Het is eenvoudig en to the point”, “Ik kan dit op die manier best kaderen, ik vond het op die manier neutraal” en “Ik vond het gemakkelijker in kader van het GMD+”.

3 artsen stelden de vraag niet steeds in deze setting. 1 van hen heeft geen typische huisartsenpopulatie. Het is een huisarts, gespecialiseerd in alternatieve geneeskunde.

Zij stelde de vraag voornamelijk bij "onderbuik-klachten". De andere 2 artsen stelden de vraag bij cardiovasculaire preventie en ook eens buiten het GMD+ wegens tijdsgebrek. 1 arts stelde nooit de vraag aangezien hij niet werkt met het GMD+.

b. Bruikbaarheid van de preventieve tool

Samengevat: De artsen vonden de vraag goed, net als de timing i.k.v. preventie. Enkele artsen merkten op dat hun consult langer duurde bij het stellen van de vraag.

De vraag: Over de vraag op zich, waren de artsen praktisch unaniem tevreden. 100% van de artsen vond de lengte goed, 94% vond de vraag duidelijk, 6% vond de vraag te veel vakjargon. Alle artsen vonden de vraag voldoende informatief en praktisch.

De timing van de vraag: 94% van de artsen vond de timing van de vraag, dus i.k.v. het GMD+, tussen de andere screeningsvragen rond cardiovasculaire preventie, zowel theoretisch als praktisch een goed moment om ED te bevragen. 1 arts vond dit niet praktisch, hij werkt niet met het GMD+ en zou ED enkel navragen als er een aanleiding toe bestaat.

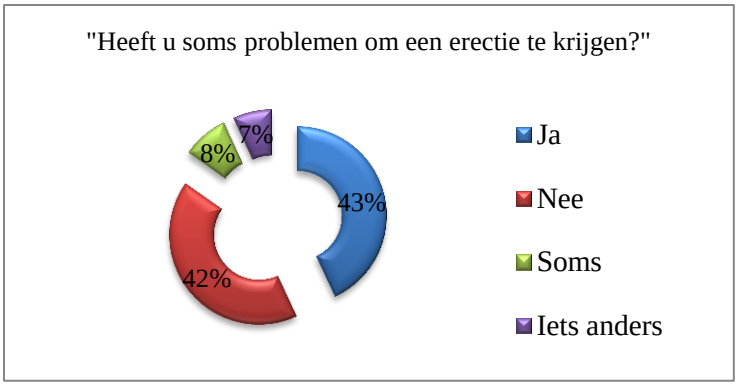
Duur van het consult: 1 arts vond dat het consult steeds langer duurde door de vraag zoals voorgesteld te stellen. Dit kwam doordat de patiënt zijn antwoord wilde kaderen. 9 artsen (of 53%) vonden dat het consult hierdoor nooit langer duurde. Bij 7 artsen duurde het consult soms langer. Dit was volgens de artsen doordat: "De patiënt geïnformeerd wilde worden", "Je automatisch meer informatie geeft bij een positief antwoord", "Er extra informatie, verduidelijking, uitleg nodig was en extra vragen gesteld werden", "Als het antwoord positief is, je er verder op ingaat", "De patiënten vroegen waarom deze vraag gesteld werd" en "Je zelf uitleg geeft waarom de vraag gesteld wordt".

c. Verkregen informatie

Samengevat: Aan 72 patiënten werd de vraag gesteld, waarvan 31 patiënten "Ja" geantwoord hebben. De helft van de patiënten ging verder in op de vraag. 8 van hen kwamen nadien terug op consultatie voor deze problematiek.

Zoals reeds vermeld, stelden 12 van de 17 artsen de vraag "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen" i.k.v. preventie aan 5 patiënten. 5 artsen bevroegen minder dan 5 of geen patiënten. Uiteindelijk werden samen 72 patiënten bevraagd.

Zoals voorgesteld in figuur 9, hebben 31 patiënten (43%) bevestigd problemen te hebben om een erectie te krijgen. 30 patiënten (42%) zeggen geen erectieproblemen te hebben. 6 patiënten (8%) hebben soms problemen en 5 patiënten (7%) hebben iets anders geantwoord op de vraag.



Figuur 9: Antwoord op de vraag

Andere antwoorden waren: “Dat kan wel eens gebeuren”, “Waarschijnlijk niet”, “Hangt ervan af”, “Misschien” en “Geregeld”.

Uiteindelijk gingen 36 van de 72 patiënten in op de vraag. Ze vroegen extra informatie of maakten hun keuze duidelijk.

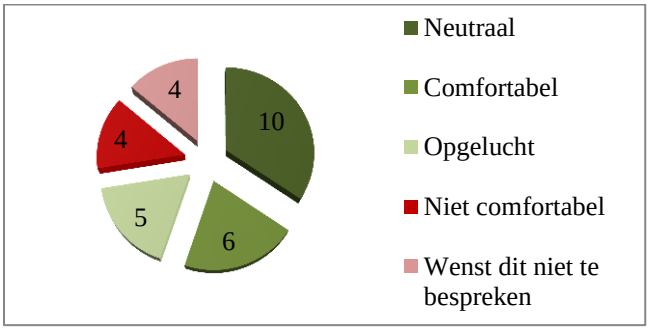
8 van de 72 patiënten kwamen nadien terug op consultatie met vragen over het onderwerp erectiele disfunctie. Ze vroegen zich af wat verder onderzoek inhield, wat de therapeutische mogelijkheden zijn, of er verder onderzoek nodig is en soms was er onmiddellijk vraag naar medicatie. Bij 10 artsen kwam er niemand nadien op consultatie om ED te bespreken.

d. Subjectieve ervaring

Samengevat: De reactie van de patiënt op de vraag was volgens de meeste artsen neutraal en lag ook in de lijn van hun verwachtingen. Het merendeel van de artsen zelf voelde zich comfortabel bij het stellen van de vraag. Bij ongeveer de helft van de artsen was dit gevoel steeds anders dan voorheen.

De patiënt:

Aan de artsen werd gevraagd wat volgens hen de reacties van de patiënten waren op de vraag. 4 van de 16 artsen (1 arts heeft aan geen enkele patiënt de vraag gesteld) hadden de indruk dat één of meerdere patiënten zich niet comfortabel voelden en nog eens 4 artsen vermoedden dat de patiënt dit eigenlijk niet wenste te bespreken.10 artsen merkten een neutrale reactie op bij één of meerdere patiënten, 5 artsen noteerden minstens 1 comfortabele reactie en 4 artsen zagen een opgeluchte patiënt. (zie fig. 10)



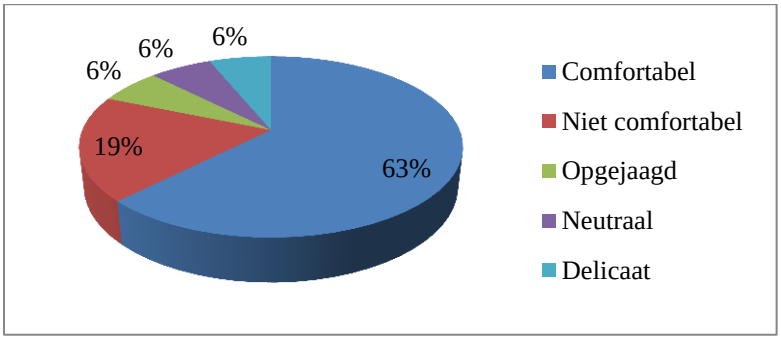
Figuur 10: Reacties van de patiënt op de vraag

Bij 15 van de 16 artsen lag de reactie van de patiënt in de lijn van de verwachting. 25% van de artsen vond de reactie van de patiënten steeds anders op de vraag, in vergelijking met de manier waarop ze vroeger het onderwerp bespraken. 31% vond de reactie soms anders, 44% vond de reactie nooit anders.

De arts:

Het merendeel van de 16 artsen voelde zich comfortabel bij het stellen van de vraag (63%). 19% voelde zich echter niet comfortabel en 6% vond het delicaat om de vraag te stellen. 6% voelde zich opgejaagd ten gevolge van tijdsdruk. 6% ervoer geen bijzondere gevoelens en vond het "neutraal". (Zie figuur 11.) Voor 7 van de 16 artsen was dit gevoel steeds verschillend i.v.m. wanneer, en de manier waarop, ED vroeger werd nagevraagd en voor 3 artsen was dit soms verschillend. Voor 6 artsen was er nooit een verschil.

Verschillen die werden opgemerkt waren: "Meer comfortabel dan indien ik deze vraag zou stellen in een ander kader dan het GMD+ of bij subjectieve klachten aangebracht door patiënt", "Meer comfortabel", "Gemakkelijker", "Meer comfort, meer gewoonte, routine, meer rust", "Nu vraag ik het i.k.v. preventie, voorheen enkel als ze een bètablokker namen of indien de patiënt er zelf over begon", "Vroeg het anders zelden", "Door de andere vragen die ernaast gesteld worden, komt deze vraag niet expliciet naar voor en is het dus minder indringend in de intimiteit", "Meer gericht om op problematiek in te gaan" en "De systematiek ontbrak/ontbreekt nog binnen het GMD+ voor mij".



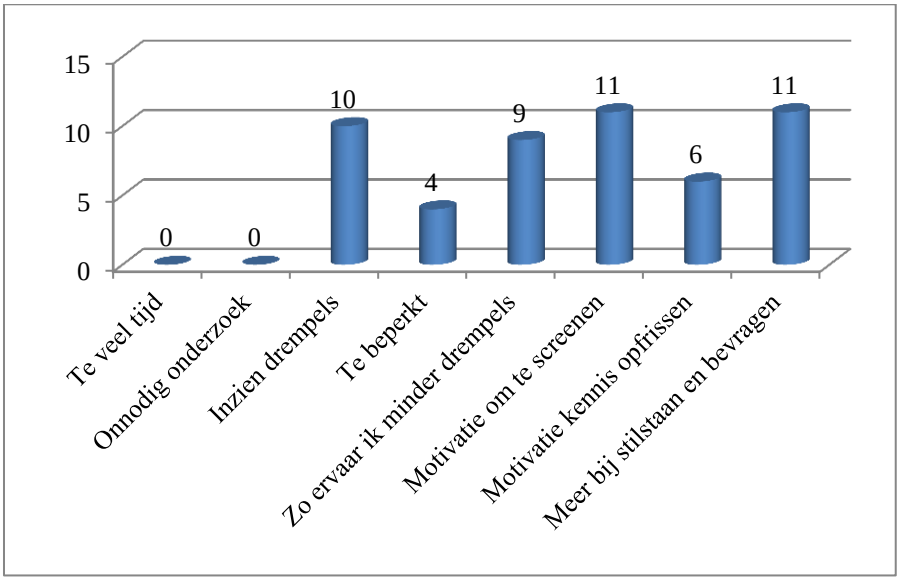
Figuur 11: Gevoel van de arts bij het stellen van de vraag.

e. Het onderzoek en de dagelijkse praktijkvoering na dit onderzoek

Samengevat: Deze studie heeft de meeste artsen doen inzien dat ze drempels ervaren en dat ze nu meer stilstaan bij ED en gemotiveerd zijn om ernaar te screenen. Het merendeel ervaart ook minder drempels op de manier voorgesteld in de studie en ze zijn ervan overtuigd dat deze tool de drempel bij de patiënt en de arts zal verlagen om ED te bespreken. Alle artsen vinden de vraag een meerwaarde voor het GMD+. Bijna alle artsen zullen na dit onderzoek, ED i.k.v. preventie steeds of af en toe blijven navragen.

Aan de hand van enkele MCQ-vragen, werd getracht een idee te krijgen van de uiteindelijke mening van de arts over dit onderzoek. Zoals weergegeven in figuur 12, vond geen enkele arts dat dit onderzoek te veel tijd in beslag nam of onnodig was. Het onderzoek heeft 10 artsen doen inzien dat ze drempels ervaren om ED te bevragen. Op de manier voorgesteld in deze studie, ervaren 9 artsen minder drempels om ED te bevragen. 11 artsen werden door deze studie gemotiveerd om te screenen naar ED en 6 artsen werden gemotiveerd om hun kennis over ED nog eens op te frissen.

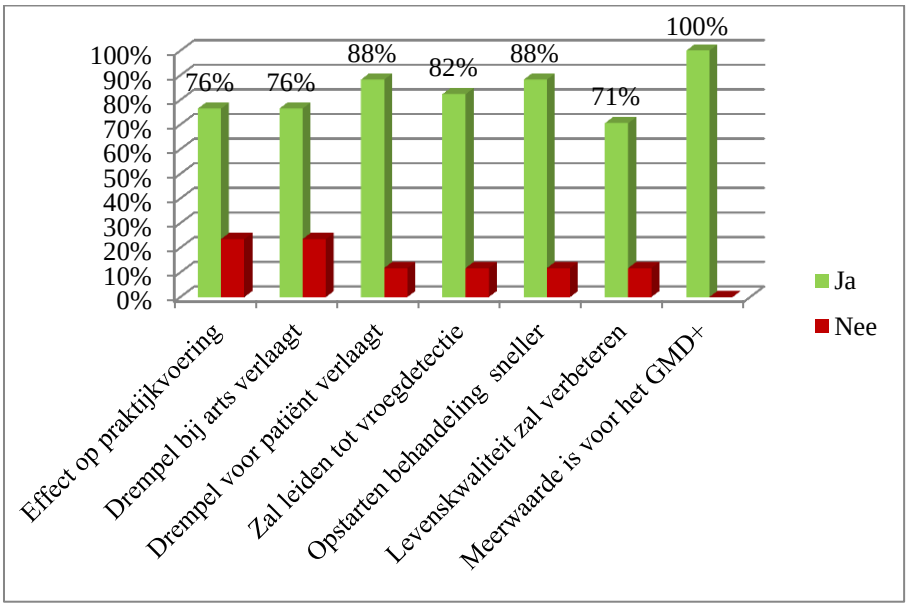
4 artsen vonden de studie te beperkt omdat 5 patiënten eigenlijk te weinig zijn. Uiteindelijk staan 11 artsen meer stil bij ED en bevragen ze het meer dankzij deze studie.



Figuur 12: Mening over het onderzoek

Over de impact of de resultaten, wanneer de vraag over ED gesteld wordt in het kader van preventie, zijn de huisartsen het vrij unaniem eens. 76% is ervan overtuigd dat deze preventieve tool een effect zal hebben op de praktijkvoering en het de drempel om ED na te vragen en te bespreken bij de arts verlaagt. Nog meer artsen (88%) vermoeden dat hierdoor ook de drempel voor de patiënt verlaagd wordt om ED te bespreken met zijn arts.

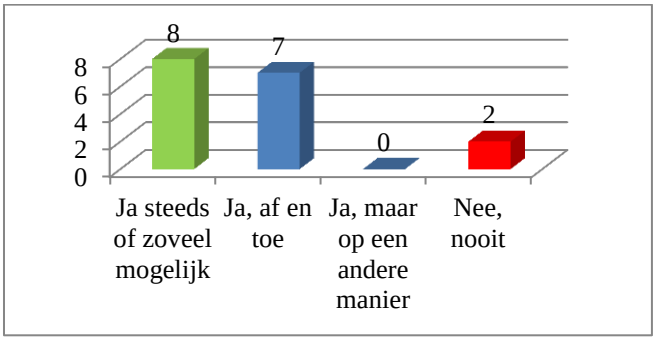
82% denkt daarenboven dat dit zal leiden tot vroegdetectie van ED (en dus van mogelijks cardiovasculair belaste patiënten). Volgens 88% zal deze tool het opstarten van een mogelijke (gewenste) behandeling versnellen en 71% van de artsen denkt dat het stellen van deze extra vraag, de levenskwaliteit van onze mannelijke patiënt zal verbeteren. Alle artsen vinden deze preventieve tool een meerwaarde voor het GMD+. (Zie figuur 13.)



Figuur 13: Impact van deze preventieve tool

Ten slotte werd gevraagd of de huisartsen na dit onderzoek ED i.k.v. preventie zullen blijven navragen. (Zie figuur 14.) 2 van de artsen zeggen dat ze dit nooit meer zullen doen. De reden hiervoor was dat de ene arts niet met het GMD + werkt, de andere arts gaat ervan uit dat patiënten die het willen bespreken het wel zullen aankaarten.

8 van de 17 artsen zeggen het “steeds of zoveel mogelijk” te zullen navragen. 7 artsen zullen het “af en toe” nog navragen. Redenen, geciteerd door de artsen, hiervoor waren: “Nuttig i.k.v. preventie - tijdig opsporen van cardiovasculaire risico's”, “Patiënten vermelden het zelf niet”, “Je neemt het taboe errond weg en je maakt het zo bespreekbaar, gemoedelijker”, “Op die manier is het neutraler, heb je een vast stramien”, Het is een handige tool en het behoort ook eigenlijk tot onze taken in preventie”, “Eenvoudig en doeltreffend”, “Je creëert een opening naar de patiënt toe i.v.m. de problematiek ED, het is bovendien een bijkomende parameter om cardiovasculair risico op te sporen en de patiënt zal er mijn inziens later vlugger over praten indien er zich een probleem voordoet”, “Het is een kwaliteitsverbetering voor mijn patiënten”, “Omdat van mijnentwege het "ijs" gebroken is”, “Ik moet er blijvend aan denken om het na te vragen” en “Lijkt mij nuttig bij sommige patiënten”.



Figuur 14: Navragen na deze studie?

Er werd ook gevraagd hoe de artsen deze vraag zullen toevoegen aan hun preventiedossier. De meeste artsen hebben de vraag nog niet toegevoegd. Een arts heeft de vraag toegevoegd bij “notities”, een andere arts heeft het bij het “cardiovasculair risico” toegevoegd, nog een andere arts heeft de vraag toegevoegd aan de vragenlijst in het medisch preventiedossier. Een andere arts zou nog opzoeken hoe het in zijn programma technisch mogelijk is om het bij het GMD+ te incorporeren.

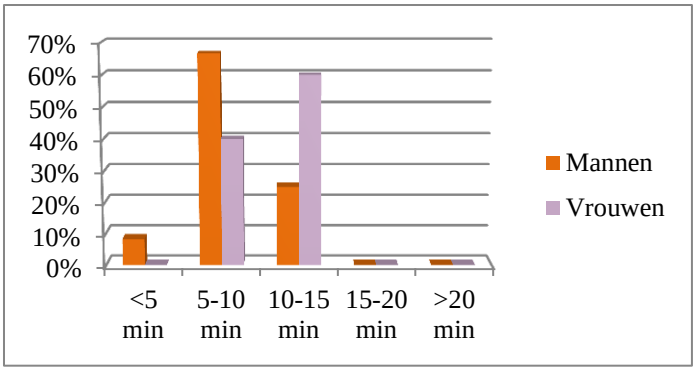
D. Vergelijkingen

Gezien de kleine artsen-populatie, was het niet eenvoudig om vergelijkingen tussen artsen te maken. Toch hebben we dit geprobeerd. Hieronder wordt een overzicht gegeven van enkele verschillen tussen artsengroepen.

a. Frequentie en duur consultatie

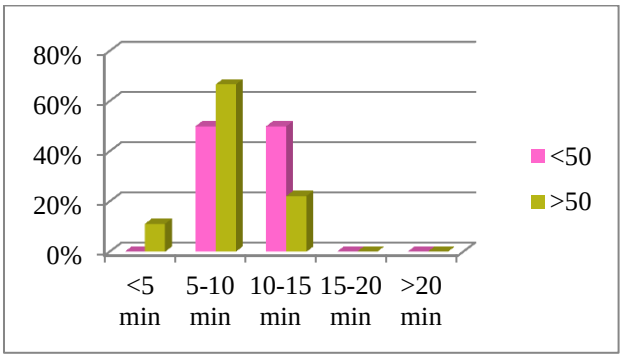
1/ Duur consult

Wanneer we figuur 15 bekijken, zien we dat de gemiddelde consultatieduur over ED bij mannelijke artsen korter is dan deze bij de vrouwelijke artsen. 67% van de mannen vindt dat een consult over ED gemiddeld 5 tot 10 minuten duurt, terwijl 60% van de vrouwelijke artsen vindt dat dit 10 tot 15 minuten duurt. Het kan natuurlijk zijn dat – gezien de meer communicatieve en empatische gerichtheid van vrouwelijke artsen, de gemiddelde consultatieduur sowieso langer is.



Figuur 15: Duur consult mannelijke t.o.v. vrouwelijke artsen

Ook in figuur 16 vinden we een gelijkaardige trend wanneer de jongere en de oudere artsen vergeleken worden. De frequentste consultduur i.v.m. ED bij de oudere artsen is 5 tot 10 minuten (67%). Bij de jongere artsen is er een gelijke verdeling tussen "5 tot 10 minuten" en "10 tot 15 minuten".

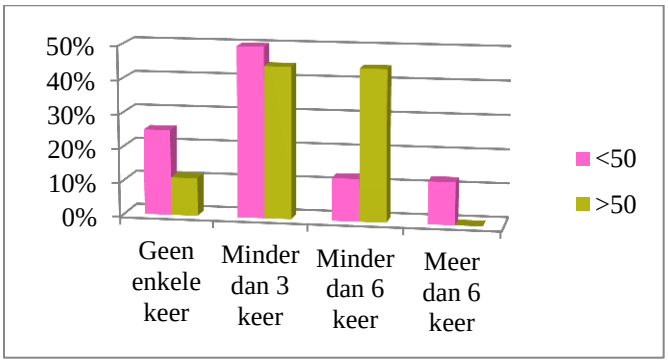


Figuur 16: Duur consult jongere t.o.v. oudere artsen

2/ Frequentie consultatie

Jongere artsen (jonger dan 50 jaar) voeren minder frequent een gesprek of een consultatie met een patiënt over ED. Zoals men kan afleiden uit figuur 17, zijn er meer jonge dan oudere artsen die de afgelopen maand geen enkele consultatie over ED hadden (25% t.o.v. 11%).

44% van de artsen ouder dan 50 jaar had de laatste maand "minder dan 6 keer" een gesprek over ED, dit was slechts 13% bij de artsen jonger dan 50 jaar. De redenen hiervoor kunnen divers zijn. Het kan bv. zijn dat oudere artsen meer oudere patiënten in hun populatie hebben.

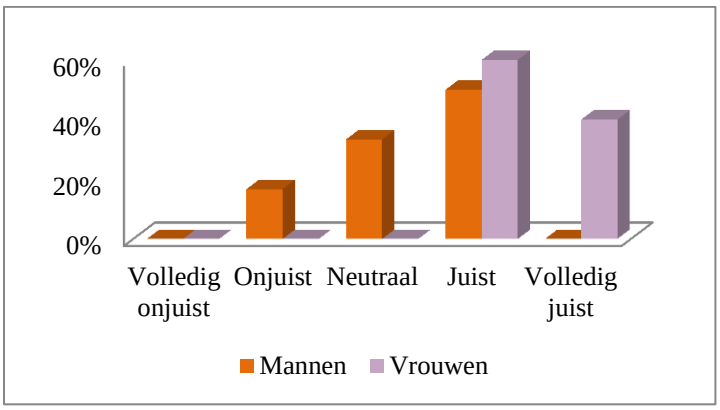


Figuur 17: Aantal consultaties i.v.m. ED per maand: jongere t.o.v. oudere artsen

b. *Enkele drempels en stellingen*

1/ Uitstel hulpvraag

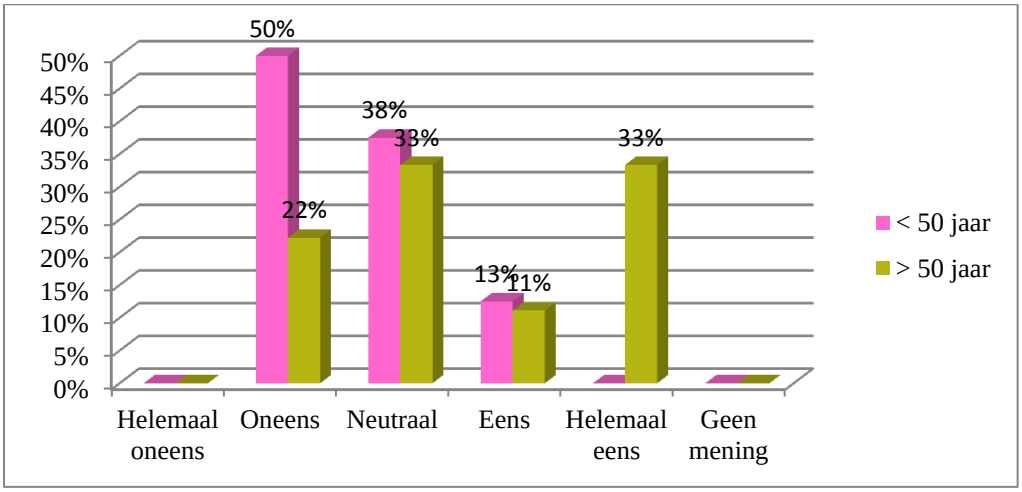
Vrouwelijke artsen zijn meer overtuigd dan hun mannelijke collega's dat patiënten de hulpvraag over erectiele disfunctie zullen uitstellen zo blijkt uit figuur 18.



Figuur 18: Uitstellen hulpvraag volgens mannelijke artsen t.o.v. vrouwelijke

2/ ED bespreken is eenvoudiger met een jonge patiënt

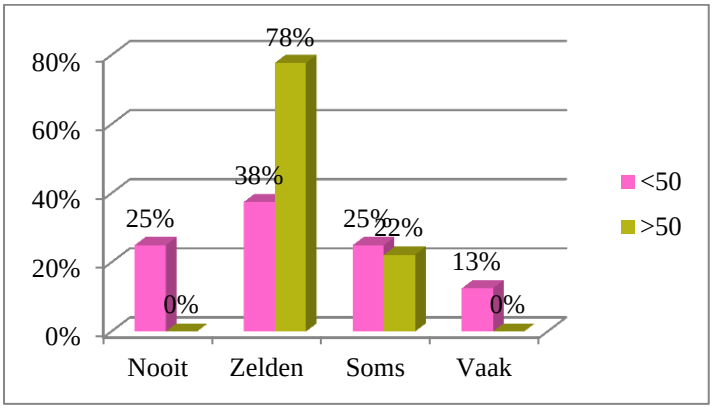
De jongere artsen zijn er minder van overtuigd dat ED bespreken eenvoudiger is met een jongere patiënt. 50% van hen is het oneens met de stelling. Een groter deel van de oudere artsen (33%) is het echter volledig eens met deze stelling zoals blijkt uit figuur 19.



Figuur 19: ED bespreken is eenvoudiger met een jonge patiënt: jongere t.o.v. oudere artsen

3/ Schaamte

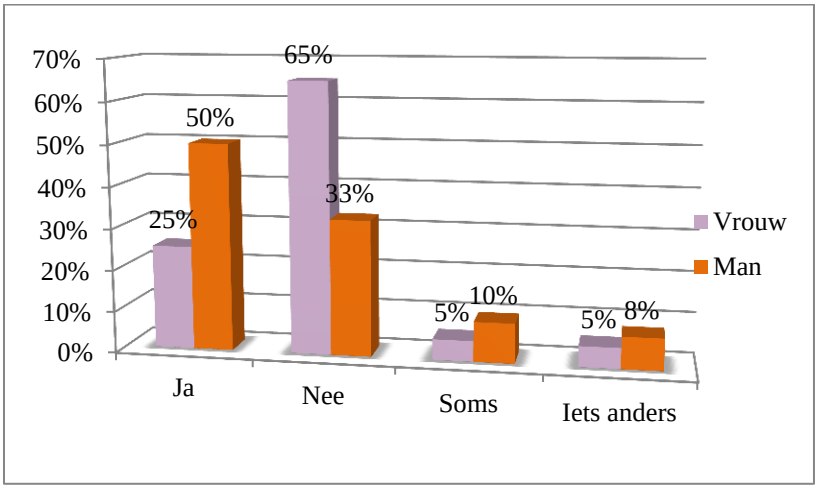
De oudere artsen zijn er meer van overtuigd dat ze zelden schaamte ervaren om ED te bespreken. Bij de jongere artsen zijn de meningen meer verdeeld. (Zie figuur 20.)



Figuur 20: Schaamte tijdens consultatie over ED: jongere t.o.v. oudere artsen

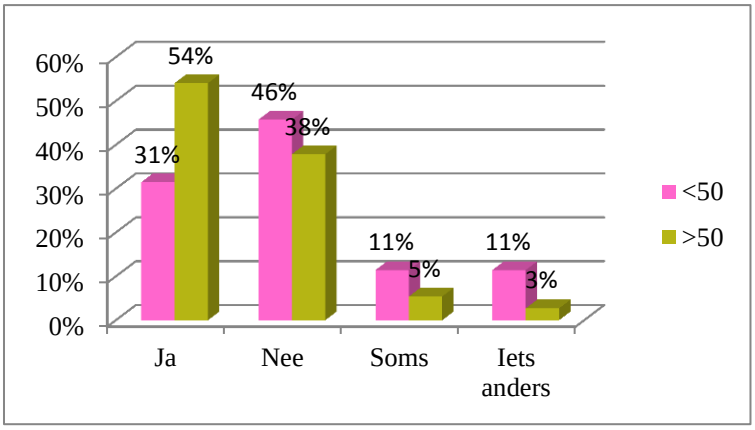
c. *Antwoord op de vraag*

Het kan toeval zijn, maar in figuur 21 zien we een procentueel verschil van het antwoord dat de mannen gaven op de vraag: "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?". Bij de vrouwelijke artsen antwoordde 25% van de mannen "Ja", 65% antwoordde "Nee". Bij de mannelijke artsen antwoordde 50% van de mannen "Ja" en 33% antwoordde "Nee". Er was zelfs een patiënt die "Nee" antwoordde op de vraag bij een vrouwelijke arts, en nadien op consultatie kwam bij haar mannelijke collega o.w.v. erectieproblemen.



Figuur 21: Antwoord van de patiënt op de vraag bij mannelijke t.o.v. vrouwelijke arts

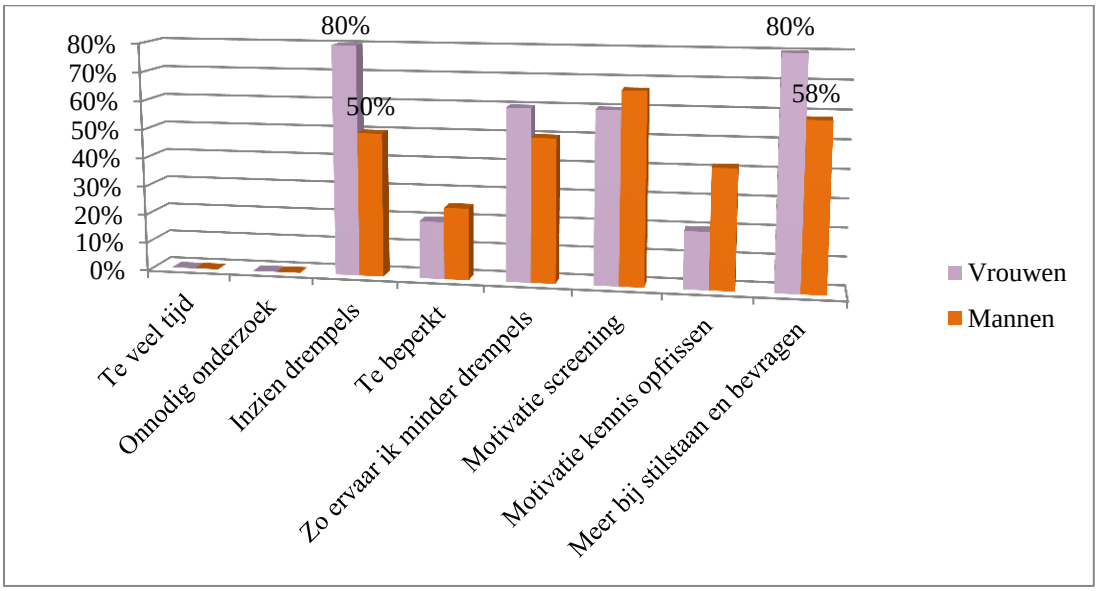
Verder zien we ook dat het antwoord van de patiënt op de vraag vaker “Nee” is bij jongere artsen (<50 jaar), nl. 46% t.o.v. 38% bij de oudere artsen (>50 jaar). Het antwoord was vaker “Ja” bij oudere artsen (54%) t.o.v. jongere artsen (31%). (Zie figuur 22.)



Figuur 22: Antwoord van de patiënt op de vraag bij jongere t.o.v. oudere artsen

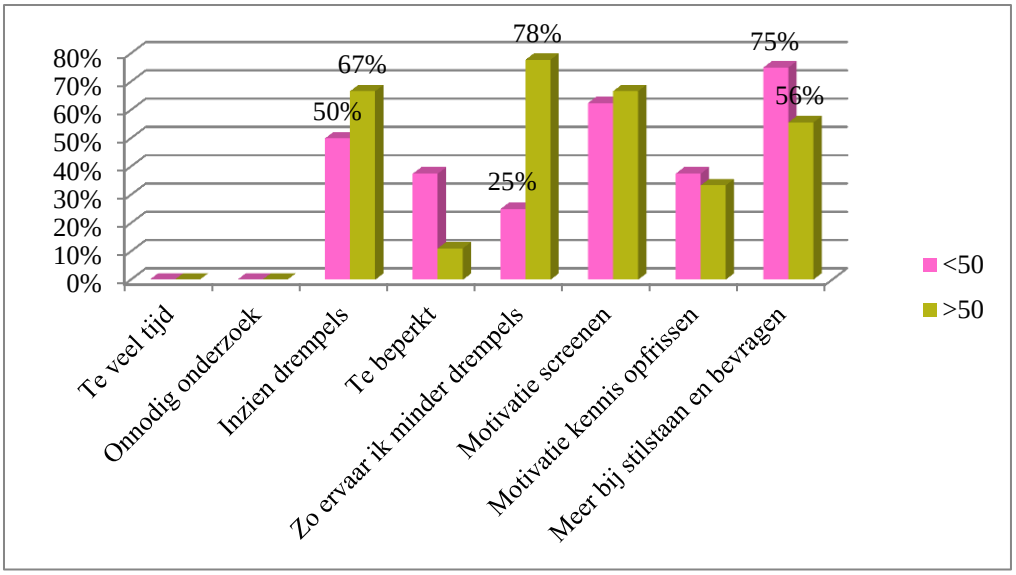
d. Mening over dit onderzoek

Procentueel hebben meer vrouwelijke artsen door dit onderzoek ingezien dat ze effectief drempels ervaren bij de bespreking van of het vragen naar erectiele disfunctie, nl 80% vrouwen t.o.v. 50% mannen. Ze staan ook meer stil bij ED en bevragen het nu meer (80% t.o.v. 58% van de mannelijke artsen). (Zie figuur 23.)



Figuur 23: mening over dit onderzoek mannen t.o.v. vrouwen (artsen)

De oudere artsen zien door dit onderzoek iets meer in dat ze drempels ervaren (67% t.o.v. 50%) en ervaren op de manier, voorgesteld in dit onderzoek, minder drempels om ED te bevragen (78% t.o.v. 25%), i.v.m. hun jongere collega’s. De jongere artsen staan dankzij dit onderzoek dan weer iets meer stil bij ED en bevragen het nu meer (75% t.o.v. 56%). (Zie figuur 24.)



Figuur 24: Mening over dit onderzoek

V. Discussie

A. Conclusies en vergelijking met reeds verricht onderzoek

a. Luik 1

Zoals in andere studies, wordt ED het meest besproken op raadpleging, wanneer het onderwerp geïnitieerd wordt door de patiënt (wanneer deze voor een andere klacht op raadpleging komt (59%) of ED de hoofdklacht is (17%)). Dit is zo volgens 76% van onze artsen. Ook al zijn artsen in sommige studies overtuigd van het tegendeel, meestal wordt ED naar voor gebracht door de patiënt.[3,10-11] De meeste artsen in dit onderzoek zijn er wel van overtuigd dat de minst geschikte manier om ED te bevragen is, wanneer je dit enkel doet bij duidelijke klachten (59%). Ook in het artikel volgens Fisher et al, werd 76% van de consultaties geïnitieerd door de patiënt. In 42% was ED de hoofdklacht, in 34% was er een andere reden voor het consult.[28]

De duur van een consult over ED is volgens de deelnemende artsen nooit langer dan 15 minuten. De meerderheid vindt zelfs dat de raadpleging gemiddeld minder dan 10 minuten duurt. Paradoxaal echter, vinden 41% van de artsen soms en 18% van de artsen vaak, dat er te weinig tijd is om ED te bespreken. Dit komt overeen met de resultaten volgens Hartmann et al en Gott et al.[11,21]

De meeste artsen zijn van mening dat ze gemakkelijk over ED kunnen praten met hun patiënt (65%). In het artikel van Fisher et al is 88% van de huisartsen hiervan overtuigd [28]. Anderzijds geven ze op het einde van het eerste interview wel aan drempels te ervaren (71%). De drempels die het vaakst vermeld werden zijn: “Ik heb het idee dat mijn patiënt er niet wenst over te praten” en “Ik heb het moeilijk om een geschikte openingszin te formuleren”. De geschikte openingszin formuleren is echter een belangrijk deel van de juiste communicatiemethode. Toch zegt 24% van de artsen nooit en 29% zelden het gevoel te hebben over onvoldoende communicatieve vaardigheden te beschikken om ED te bespreken.[10-11] Daarenboven beweert 53% “geen bijzonderheden” te ervaren tijdens een consult over ED, 35% voelt zich zelfs “comfortabel”.

In tegenstelling tot de studie volgens Rosenberg et al, heeft de meerderheid van de artsen in dit onderzoek geen schrik de patiënt te beledigen omwille van religieuze, culturele of etnische redenen.[4,11,16] Dit heeft vermoedelijk te maken met de landelijke populatie waarin dit onderzoek gebeurde.

De mening van de artsen over dit onderzoek is vrij duidelijk: 71% zegt drempels te ervaren om ED te bespreken en 76% van de artsen lijkt het zinvol om ED te bevragen bij alle mannen ouder dan 45 jaar, met of zonder comorbiditeiten, i.k.v. preventie.

b. Luik 2

De preventieve tool werd uiteindelijk uitgevoerd bij 72 patiënten in het kader van preventie of het GMD+. In deze studie antwoordden 43% van de ondervraagde mannen positief op de vraag "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?". Dit geeft onze populatie een vrij hoge prevalentie. Op dezelfde vraag antwoordde slechts 13% positief in de Boxmeer studie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de geïncludeerde leeftijdsgroep groter is in de Boxmeer studie (van 40 tot 79-jarigen) en dat de studie plaatsvond voor de komst van een medicamenteuze behandeling (1998). Ook werd de vraag schriftelijk gesteld (via een toegestuurde vragenlijst door de onderzoeker), waar wij ze mondeling aan de patiënt stelden via hun huisarts.[9]

De resultaten zijn gelijkaardig aan deze uit het onderzoek in 2002 uitgevoerd in Charleroi en Gent. In totaal was er in deze onderzoekspopulatie bij 34.8% mannen sprake van (matige tot ernstige) erectiele disfunctie, ten opzicht van 43% bij onze populatie.[22] Ook uit het literatuuronderzoek bleek reeds dat de prevalentie van erectiele disfunctie verschillende resultaten toont, afhankelijk van de gekozen studiepopulaties en de gehanteerde definities.[5,6,8,22]

Opvallend is dat gemiddeld meer "Ja" geantwoord werd op de vraag door de patiënten bij mannelijke huisartsen en huisartsen ouder dan 50 jaar. De onderzochte populatie is echter te klein om hier conclusies uit te trekken. Het is wel mogelijk dat mannen het eenvoudiger vinden om over ED te spreken met een mannelijke arts, of dat huisartsen ouder dan 50 jaar de vraag aan oudere patiënten gesteld hebben, waardoor theoretisch gezien de kans op erectiele disfunctie verhoogt. Dit zijn evenwel veronderstellingen.

c. Luik 3

In luik 3 werd aan de hand van een 2de interview nagegaan wat de artsen van de preventieve tool vonden en van de studie. 94% van de artsen vond de formulering van de vraag goed en evenveel artsen vonden de timing (i.k.v. preventie of het GMD+) zowel praktisch als theoretisch perfect. De meerderheid van de artsen voelde zich comfortabel bij het stellen van de vraag (63%) en voor de helft van de huisartsen was dit gevoel anders dan voorheen.
De meeste artsen bevestigden nogmaals dat ze nu inzien dat ze drempels ervaren om ED te bespreken en dat ze door de studie gemotiveerd zijn om meer naar ED te screenen. Op de manier voorgesteld in deze studie, ervaren 65% van de artsen minder drempels om ED te bevragen en staan ze er meer bij stil.

76% van de artsen vermoedt dat dankzij deze tool, de drempel bij de arts verlaagd wordt om ED te bespreken en 88% vindt dat op deze manier ook de drempel voor de patiënt verlaagd wordt. 82% denkt dat deze tool zal leiden tot vroegdetectie van ED (en dus ook van cardiovasculair belaste patiënten) en 71% hoopt dat de levenskwaliteit hierdoor zal verhogen. De artsen zijn het unaniem eens dat deze vraag/tool een meerwaarde is voor het GMD+.

B. Sterktes en zwaktes van de studie

De beperkte studiepopulatie (24 huisartsen werden gecontacteerd waarvan 17 uiteindelijk deelnamen) met rekrutering van huisartsen in één LOK-groep kan worden aanzien als een zwakker punt van deze studie. Hierdoor behoren de patiënten (72 in totaal), gekozen door de huisartsen vermoedelijk ook tot het geografische gebied Aalter en Ursel. Dit maakt van onze beide populaties voornamelijk landelijke populaties, waardoor veralgemening of vergelijking met een stedelijke groep huisartsen en patiënten niet mogelijk is. Het beperkte aantal geeft de studie minder power, en er kan ook niet gesproken worden over significante resultaten of verschillen. Anderzijds gaf de keuze voor slechts 1 LOK-groep ons ook een vrij volledig beeld van de situatie in de buurt van Aalter en dus ook van onze praktijk.

Tijdsgebrek gaf ons niet de mogelijkheid om dieper in te gaan waarom 7 van de 24 artsen uiteindelijk niet deelnamen, of waarom 5 van de 17 artsen geen 5 patiënten vonden om de vraag aan te stellen. Uiteindelijk was het deelname percentage van onze LOK-groep toch 70,8%.

De huisartsen kregen de opdracht om de vraag aan 5 mannelijke patiënten te stellen tussen 45 en 75 jaar oud. De artsen konden *willekeurig* 5 patiënten kiezen. Hierdoor selecteerden ze mogelijks de patiënten bij wie ze zich het meest comfortabel voelden om de vraag te stellen. Bij het stellen van de vraag aan *de eerste* 5 mannen tussen 45 en 75 jaar die voor een algemene check up op raadpleging kwamen, zouden mogelijks andere resultaten naar voor gekomen zijn. Sommige artsen vonden 5 patiënten te weinig. Er werd voor 5 patiënten gekozen omdat dit het deelnamepercentage van de artsen zou vergroten. Op deze manier werden uiteindelijk toch 72 patiënten bevraagd, met een vrij gelijkmatige verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën. 5 artsen bevroegen minder dan 5 patiënten.

Niet alle artsen noteerden hun 5 patiënten op het aparte invulformulier aangezien dit niet verplicht was. Mocht dit wel zo geweest zijn, dan waren vermoedelijk alle 72 patiënten genoteerd i.v.m. 51 patiënten in deze studie.

We adviseerden om de vraag te stellen tussen andere vragen rond cardiovasculaire preventie, bij voorkeur i.k.v. het GMD +, omdat dit ons een ideale opportuniteit leek. Voor enkele artsen die aan deze studie meewerkten, was het GMD+ nog onvoldoende in de praktijkvoering ingeburgerd. Het bevragen i.k.v. dit GMD+ was voor hen dan ook een extra drempel. Voor artsen die wel vertrouwd waren met het preventiedossier, was dit geen probleem.

De interviews of vragenlijsten die gebruikt werden, werden opgesteld naar aanleiding van literatuuronderzoek waaruit drempels en mogelijke strategieën om ED te bespreken naar voor kwamen. De vragenlijsten zelf waren echter niet gevalideerd. De gekozen vraag op zich, kwam wel in de literatuur naar voor. (Meuleman et al, Boxmeer onderzoek [9])

Doordat de vragenlijsten persoonlijk werden afgenomen, werden de vragen correct en volledig ingevuld.

De kwaliteit verhoogde m.a.w. en er was op die manier ook steeds extra ruimte om opmerkingen of motivatie voor een gekozen antwoord van huisartsen te noteren en indien relevant er verder op in te gaan. De beperking door te werken met gesloten vragen en voorgeprogrammeerde antwoorden, werd op deze manier gecompenseerd.

Deze manier van interviewen zorgde echter ook voor een bias. Zo zullen bepaalde huisartsen mogelijks niet eerlijk op alle vragen geantwoord hebben (bv. over hun kennis rond ED, over drempels die ze ervoeren,…) omdat de interviewer aanwezig was en het op deze manier minder anoniem afgenomen werd, los van het feit dat de resultaten nadien geanonimiseerd werden.

De mening over dit onderzoek kan ook meer positief zijn, dan wanneer deze vragen niet persoonlijk zouden afgenomen worden.

C. Betekenis van de uitkomsten voor de verdere praktijkvoering

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek was nagaan welke drempels door de huisartsen in onze LOK-groep werden ervaren om ED te bespreken en ze een handige tool aan reiken om ED in de toekomst laagdrempelig en routinematig te kunnen navragen. Op die manier hoopten we dat de "taboesfeer" rond erectiestoornissen, zowel voor de artsen als de patiënt, zou verminderen en erectiestoornissen sneller besproken zullen worden. We vonden het belangrijk omdat erectiestoornissen, zoals reeds vermeld, invloed kunnen hebben op de levenskwaliteit van onze patiënt en bovendien een vroegtijdig teken kunnen zijn van cardiovasculair lijden. Dit laatste gegeven, gaf de doorslag om te adviseren ED systematisch na te vragen bij alle mannen tussen 45 en 75 jaar in het kader van (cardiovasculaire) preventie. Het GMD+ leek ons dan ook een ideaal hulpmiddel en gelegenheid.

Na overleg met mijn praktijkopleider, hebben we besloten dat de resultaten van dit onderzoek ons nog meer hebben overtuigd van het feit dat erectiele disfunctie te weinig wordt bevraagd en dat we te veel wachten op de patiënt om het onderwerp naar voor te brengen. De manier die wij voorgesteld hebben, wordt ook door onze collega's ervaren als een handige tool en een meerwaarde voor het GMD+. Het uiteindelijke resultaat, dat maar liefst 43% van de bevraagde patiënten positief antwoordde op de vraag, lag ruimschoots boven onze verwachting. Wij zullen dan ook in de toekomst, de vraag "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?" blijven navragen i.k.v. het GMD+ en hebben de vraag ook reeds praktisch in ons medisch programma toegevoegd aan het preventiedossier. Op deze manier ervaren wij soms nog drempels om de vraag te stellen, maar veel minder dan voorheen.

D. Suggesties voor verder onderzoek

Over erectiele disfunctie werd, in tegenstelling tot bv. diabetes of nierinsufficiëntie, nog nooit een masterproef geschreven. Hierdoor zijn er nog veel mogelijkheden voor verder onderzoek rond dit thema.

In verder onderzoek kan bv. de specificiteit en sensitiviteit van de gestelde vraag nagegaan worden. Om aan screening te kunnen doen, moet er namelijk een test bestaan met een hoge specificiteit en sensitiviteit, zodat het percentage fout-positieven laag is, evenals het percentage fout-negatieven. Aan de andere voorwaarden wordt reeds zo goed als voldaan.

De implicaties van het stellen van de vraag kan ook nog verder onderzocht worden. Er zou een prospectief onderzoek kunnen gevoerd worden om te kijken of het positief antwoorden op deze vraag, effectief het risico op cardiovasculair lijden verhoogt bij mannen zonder enige andere risicofactor.

Hoe gaat de arts best verder om met een positief antwoord? Moet de patiënt in dit ingeval doorgestuurd worden voor verder onderzoek? Hierover is reeds enige literatuur te vinden. Is het stellen van 1 bijkomende vraag, bv. navraag naar de ernst van de ED, noodzakelijk om een inschatting te kunnen maken van het risico?

Deze studie zou ook herhaald kunnen worden, maar mag zich dan niet beperken tot slechts 1 LOK-groep en 17 artsen. De onderzoekspopulatie moet m.a.w. uitgebreid worden en de vragen worden best ook niet meer persoonlijk gesteld. Bij een grotere populatie is het eenvoudiger om statistisch significante conclusies te trekken. De opdracht kan vernauwd worden tot het uitvoeren van de interventie en de impact ervan nagaan. In deze studie vonden alle artsen deze vraag een meerwaarde voor het GMD+, maar was dit toeval?

De patiënten die “Ja” antwoordden, zouden ook verder bevraagd kunnen worden. Hebben ze dit probleem reeds ter sprake durven brengen, of was de screeningsvraag voor hen de eerste kans om hun klachten te bespreken? Waarom brachten ze het niet eerder naar voor en wat waren hun drempels? In deze studie werd de mening en de houding van de artsen bevraagd. Hetzelfde zou kunnen gedaan worden voor de patiënten.

De manier waarop en de setting waarin een arts deze vraag stelt, zou men concreter kunnen maken en de haalbaarheid nadien navragen. Men zou bv. praktisch deze vraag kunnen toevoegen aan het invulformulier van Domus Medica en nagaan of de artsen dit op deze manier bruikbaar vinden. Kortom nog veel mogelijkheden voor verder onderzoek!

4. REFERENTIES

1. Leusink P, De Boer LJ, Vliet Vlieland CW et al. NHG-Standaard erectiele disfunctie. Huisarts Wet 2008: 51(8): 381-94.

2. Claes H, Opsomer J, Andrianne R et al. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: SCORED Study. International Journal of Impotence Research 2008; 20: 418-424.

3. Rosenberg MT. Diagnosis and management of erectile dysfunction in the primary care setting. Clinical Practice 2007; 61(7): 1198-1208.

4. Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T et al. Sexual communication skills in residency training: the robert wood johnson model. International Society for Sexual Medicine 2006; 3: 37-46.

5. Dean J. Characterisation, prevalence, and consultation rates of erectile dysfunction. Clinical Cornerstone 2005; 7(1): 5-11.

6. Miner MM. Erectile dysfunction: a harbinger or consequence: Does it detection lead to a window of curability? Journal of Andrology 2011; 32(2): 125-132.

7. Gandaglia G, Briganti A, Jackson G et al. A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. European association of urology 2013; http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.023

8. Hartmann U, Burkart M. Erectile dysfunctions in patient-physician communication: optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire. J Sex Med 2007; 4: 38-46.

9. Schouten BWV, Bohnen AM, Bosch JLHR et al. Erectile dysfunction prospectively associated with cardiovascular disease in the Dutch general population: results from the Krimpen study. International journal of impotence research 2008; 20: 92-99.

10. De Berardis G, Pelligrini F, Franciosi M et al. Management of erectile dysfunction in general practice. J Sex Med 2008; 6: 1127-1134.

11. Hakim J, Subit M, Kandzari S et al. Quality control in the screening of erectile dysfunction – results of a survey.Urology 2002; 60(1): 125-129.

12. Perelman M, Ridwan S, Seftel A et al. Attitudes of men with erectile dysfunction: a cross-national survey. Journal of Sexual Medicin 2005; 2: 397-406.

13. Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO et al. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. BJU Int 2004; 94(7): 1055-1065.

14. Hengeveld MW, Gianotten WL. Erectiestoornissen: de actuele situatie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001; 145(29): 1381-1384.

15. de Boer BJ, Bots ML, Lycklama a Nijeholt AAB et al. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. Int J of Impotence Research 2004; 16: 358-364.

16. Lyngdorf P, Hemmingsen L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. International Journal of Impotence Research 2004; 16: 105-111.

17. Blanker MH, Bohnen AM, Groeneveld FPMJ et al. Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001; 145(29): 1404-1409.

18. Meuleman EJH, Donkers LHC, Robertson C et al. Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001; 145(12): 576-581.

19. Mak R, De Backer G, Kornitzer M et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium. European Urology 2002; 41: 132-13.

20. Gott M, Galena E, Hincliff S et al. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Family Practice 2004; 21(5): 528-536.

21. Fisher WA, Meryn S, Sand M et al. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: the strike up a conversation study (part 1). Jmhg 2005; 2(1): 64-78.

22. Sadovsky R. Integrating erectile dysfunction treatment into primary care practice. The American Journal of Medicin 2000; 109: 22S-27S.

23. Rahman AA, Al-Sadat N, Low WY. Help seeking behavior among men with erectile dysfunction in primary care setting. JMH 2011; 8(1): S94-S96.

24. Fisher WA, Meryn S, Sand M et al. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners fo men with ED, and physicians: the strike up a conversation study (part 2). Jmhg 2005; 2(3): 309.e01-309.e12.

25. Levine LA, Kloner RA. Importance of asking questions about erectile dysfunction. The American Journal of Cardiology 2000; 86: 1210-1213.

26. Jackson G, Nehra A, Miner M et al. The assessment of vascular risk in men with erectile dysfunction: the role of the cardiologist and general physician. Int J Clin Pract 2013; 67(11): 1163-1172.

27. O'Donnell AB, Araujo AB, Goldstein I et al. The validity of a single-question self-report of erectile dysfunction. Results from the Massachusetts Male Aging Study. J Gen Intern Med. 2005; 20(6): 515-519.

28. Baeten R, Govaerts F, Barthelomeeusen E et al. Gezondheidsgids 2014. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Domus Medica 2014. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids/2811-de-gezondheidsgids.html. Geraadpleegd 2013 november 12.

29. Van probleem naar onderzoeksvraag. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/secure/81/wegwijzerssub.htm. Geraadpleegd 2013 september 3.

5. BIJLAGEN

I. Bijlage 1: Informatieformulier voor de huisarts

Drempels rond bespreekbaarheid van erectiestoornissen bij de huisarts.
Implementatie van een preventieve tool.

Geachte Dokter,

Ik, Dr. Denaeghel Elisabeth, huisarts in opleiding te Ursel, vraag u vriendelijk enkele vragen te beantwoorden in het kader van mijn thesis rond bespreekbaarheid van erectiestoornissen bij de huisarts. Voor verdere vragen, kan u natuurlijk steeds bij mij terecht.

Waarom?

Tijdens de eerste maanden van mijn opleiding tot huisarts, merkte ik op dat praten over erectiestoornissen zowel voor de huisarts als voor de patiënt niet altijd even eenvoudig is.

Erectiestoornissen kunnen echter wel een belangrijke invloed hebben op de levenskwaliteit.

Bepaalde factoren verhogen de kans op erectiestoornissen (zoals diabetes, hypercholesterolemie, hypertensie, neurologische aandoeningen, obesitas, mictieklachten, hart- en vaatziekten en schildklieraandoeningen), maar anderzijds kunnen erectiestoornissen ook het eerste signaal zijn van een cardiovasculaire aandoening.

U zal ook steeds meer met erectiestoornissen geconfronteerd worden. Enerzijds vanwege de vergrijzing en het toenemend aantal patiënten met diabetes, hypertensie en overgewicht… Anderzijds vanwege de aandacht voor erectie-bevorderende medicatie via de media.

Hoeveel mannen met erectieproblemen kampen, is moeilijk precies te bepalen. In België zijn het er naar schatting meer dan 500.000. Van die 500.000 zou de helft er nooit over praten met zijn arts en zou slechts 1 op de 5 iets doen aan het probleem.

Praten over seksualiteit is echter nog steeds moeilijk, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. De hulpvraag en/of het bezoek aan de huisarts wordt door de patiënt vaak uitgesteld.

Erectieproblemen bespreken, is echter om 2 redenen van fundamenteel belang: in de eerste plaats omdat het een belangrijke invloed heeft op de levenskwaliteit, maar ook omdat we niet mogen vergeten dat erectiestoornissen de eerste signalen kunnen zijn van een hart- en vaatziekte.

Richtlijnen adviseren de huisarts om niet alleen te reageren op een hulpvraag van de patiënt omtrent een erectieklacht, maar erectiestoornissen ook te signaleren bij risicogroepen. Een goed moment om dit na te vragen kan bvb. zijn tijdens een algemene controle, o.a. in het kader van het preventiedossier. In de praktijk gebeurt dit echter nog te weinig.

Hoe?

In eerste instantie kom ik bij u langs om mondeling een enquête af te nemen. Hierbij stel ik u enkele vragen over mogelijke drempels die u ervaart bij het bespreken of navragen van erectiestoornissen, op welke manier u dit navraagt,… Dit zullen voornamelijk meerkeuzevragen zijn. Dit zal een 10-tal minuutjes duren.

Na het gesprek vraag ik u om aan de hand van een vooraf bepaalde zin, bij 5 patiënten ouder dan 45 jaar en jonger dan 75 jaar, met of zonder co-morbiditeit, erectiestoornissen na te vragen. Ik vraag dit enkel te doen wanneer de patiënt op consultatie komt voor een "algemene check up'. U hebt hiervoor 10 weken de tijd. U hoeft niets te noteren. Op deze manier proberen we de huisartsen een richtlijn te geven *wanneer* ze erectiestoornissen kunnen navragen en *hoe* ze dat kunnen doen.

Op het einde van het project kom ik voor de laatste keer bij u langs om uw ervaringen na te vragen. Dit zal slechts 5 minuutjes van uw tijd vragen. Dit keer zullen er zowel open als meerkeuzevragen gesteld worden.

De resultaten zullen enkel in het kader van mijn wetenschappelijk onderzoek gebruikt worden. Uiteraard worden deze resultaten anoniem verwerkt, uw naam of adres wordt nergens vermeld.

Wat wordt er nu praktisch van u verwacht?

Ik kom in het begin en op het einde van het project bij u langs om mondeling een enquête af te nemen. Deze 2 interviews zullen elk maximum 10 minuutjes duren.

U stelt na de eerste enquête aan 5 patiënten, tussen 45 en 75 jaar, die op consultatie komen voor een algemene check up, met of zonder co-morbiditeiten, de vraag om erectiestoornissen na te vragen: "***Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?***". Deze vraag kadert in het preventiedossier, dat vaak wordt opgesteld naar aanleiding van een algemene controle (meestal is dit een nuchter bloedonderzoek) bij personen tussen 45 en 75 jaar. Dit is het ***GMD +***. U kan de patiënt informeren dat u i.k.v. zijn preventiedossier, enkele vragen zal stellen. Deze vragen zijn belangrijk om een inschatting te maken van zijn risico op hart- en vaatziekten, zoals rookgedrag, alcoholgebruik, familiale belasting en aan- of afwezigheid van erectiele disfunctie.

Indien u opmerkingen of vragen heeft, kan u deze aan mij laten weten. Deze zijn voor mij zeer leerrijk! Vermoedelijk heeft dit onderzoek voor u persoonlijk geen nadeel. Voor de toekomst kan het onderzoek echter wel nuttige gegevens opleveren.

Deze studie is verzekerd door de verzekering van de universiteit Gent. Indien u schade ondervindt die verband houdt met deze onderzoeksstudie, kan u met mij contact opnemen. Deelname is vrijwillig en onbezoldigd.

Ik dank u alvast voor uw tijd en eventuele medewerking!

Elisabeth Denaeghel,

Huisarts in opleiding te Ursel

II. <u>Bijlage 2:</u> Toestemmingsformulier, informed consent

<u>Drempels rond bespreekbaarheid van erectiestoornissen bij de huisarts.</u> <u>*Implementatie van een preventie tool.*</u>

Ik, ondergetekende, Dr. ……, stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek, het beantwoorden van de vragen die in 2 tijden gesteld zullen worden door de onderzoeker en het stellen van de vraag "Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?" aan 5 patiënten. Ik kreeg duidelijke mondeling informatie over de studie van de onderzoeker.

Ik heb het informatieformulier voor de huisarts over de studie op een schriftelijke manier gekregen en gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig en onbezoldigd is. Ik weet dat deze onderzoeksstudie verzekerd is via de universiteit Gent.

Ik geef toestemming om mijn gegevens anoniem te gebruiken, voor de doelen die in het informatieformulier staan. Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon en huisarts:

Handtekening: Datum : __ / __ / _____

Ik, ondergetekende, …….., bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie,

dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend,

dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de huisarts heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen.

Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Naam HAIO en onderzoeker:

Handtekening: Datum: __ / __ / _____

III. Bijlage 3: Vragenlijst 1 voor de huisarts

Vragenlijst 1 voor de huisarts

Geslacht: M / V

Leeftijd:

Praktijk: SOLO / DUO / GROEPSPRAKTIJK

LANDELIJK / STEDELIJK

ALGEMEEN

1. **Hoe vaak heeft u de afgelopen maand een gesprek gevoerd met een patiënt over erectiele disfunctie (ED)?**
   a. Geen enkele keer
   b. Minder dan 3 keer
   c. Minder dan 6 keer
   d. Meer dan 6 keer

2. **Hoe voelt u zich tijdens een consult over erectiele disfunctie?**
   a. Geen bijzonderheden
   b. Niet comfortabel
   c. Beschaamd
   d. Nerveus
   e. Comfortabel
   f. Vol zelfvertrouwen

3. **Hoe lang duurt een consult over ED gemiddeld?**
   a. <5 minuten
   b. 5-10 minuten
   c. 10-15 minuten
   d. 15-20 minuten
   e. >20 minuten

4. **In welke setting praatte u het meest over ED met de patiënt?**

	Minst frequent <----------->Meest frequent				
a. ED is de hoofdklacht van de patiënt en de patiënt brengt de klacht zelf aan	O	O	O	O	O
b. De patiënt consulteerde voor een ander probleem en bracht ED terzijde ter sprake	O	O	O	O	O
c. De patiënt consulteerde voor een andere klacht en u bracht ED zelf ter sprake	O	O	O	O	O
d. Ik screen naar ED bij aanwezigheid van andere risicofactoren (diabetes, hypertensie)	O	O	O	O	O
e. Ik screen systematisch naar ED vanaf een bepaalde leeftijd	O	O	O	O	O

   f. Andere manier
      i. Specifieer: .....

5. *Op welke manier probeert u momenteel ED bespreekbaar te maken?*

		JA	*NEE*
a.	Folders / informatiebrochures	O	O
b.	Posters in het kabinet of de wachtzaal	O	O
c.	Patiëntenbrieven	O	O
d.	Enquêtes	O	O
e.	Zelf navragen	O	O
f.	Niet	O	O
g.	Andere		
	i. Specifieer:		

6. Wat is volgens u de houding van patiënten?

		Volledig onjuist<		----------**>Volledig juist**		
a.	Indien ze ED-klachten ervaren zullen ze dit (onmiddellijk) ter sprake durven brengen	O	O	O	O	O
b.	Ze vinden het belangrijk dat de huisarts ED zelf ter sprake brengt	O	O	O	O	O
c.	Ze willen ED helemaal niet bespreken met hun huisarts en vinden het navragen ongepast	O	O	O	O	O
d.	Ze hebben er geen probleem mee dat de huisarts ikv screening ED bevraagt aangezien dit kadert in preventie en voorkomen van erger	O	O	O	O	O
e.	Ze zullen de hulpvraag over ED uitstellen	O	O	O	O	O
f.	Ze praten gemakkelijker over ED met een mannelijke arts	O	O	O	O	O

7. Welke methode om ED na te vragen lijkt u het meest geschikt?

		Minst geschikt<		----------**>Meest geschikt**	
a.	Systematisch screening bij alle mannen ikv het preventiedossier	O	O	O	O
b.	Systematische screening bij mannen met risicofactoren (leeftijd 45+ en co-morbiditeit of medicatie inname), bvb ikv het preventiedossier	O	O	O	O
c.	Sporadisch navragen ikv een consult mbt hypertensie, diabetes, obesitas...	O	O	O	O
d.	Enkel verder navragen wanneer duidelijke ED klachten	O	O	O	O
e.	Andere:				
	i. Specifieer:.....				

STELLINGEN

8. Hoe staat u tegenover volgende stellingen over ED?

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Geen mening
a. Ik kan er gemakkelijk over praten met mijn patiënten	O	O	O	O	O	O
b. Dokters maken het de patiënt gemakkelijk om over ED te spreken	O	O	O	O	O	O
c. Patiënten willen niet dat ik het onderwerp ter sprake breng	O	O	O	O	O	O
d. ED is geen medische conditie die ik moet behandelen	O	O	O	O	O	O
e. Omgaan met seksuele problemen vind ik moeilijk	O	O	O	O	O	O
f. ED maakt deel uit van "ouder worden"	O	O	O	O	O	O
g. ED bespreken is beter aanvaard dan 10 jaar geleden	O	O	O	O	O	O
h. Ik kan ED gemakkelijker bespreken met een jongere patiënt	O	O	O	O	O	O

DREMPELS

9. Ervaart u volgende *drempels* om ED te bespreken met uw patiënt?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd	Geen mening
a. Schaamte	O	O	O	O	O	O
b. Onvoldoende communicatieve vaardigheden	O	O	O	O	O	O
c. Onvoldoende tijd / een consult over ED duurt te lang	O	O	O	O	O	O
d. Ik heb schrik voor de reactie van de patiënt	O	O	O	O	O	O
e. Ik vind het moeilijk om een geschikte openingszin te formuleren	O	O	O	O	O	O
f. Ik heb het idee dat de patiënt er niet wenst over te praten	O	O	O	O	O	O
g. Ik heb onvoldoende kennis over ED	O	O	O	O	O	O
h. Ik heb het gevoel geen mandaat te hebben om over ED te spreken	O	O	O	O	O	O
i. Ik heb schrik de patiënt te beledigen owv culturele, etnische of religieuze tradities	O	O	O	O	O	O

j. Andere?
   i. Specifieer: .....

IVM DIT ONDERZOEK

10. Wat is uw idee over het opzet van dit onderzoek? (meerdere antwoordmogelijkheden)

a. Voor mij is er helemaal geen drempel om ED te bevragen, dit onderzoek lijkt mij onnodig
b. ED bespreken is inderdaad niet eenvoudig, ik ervaar drempels
c. Het moment om ED na te vragen, ikv preventie, lijkt mij ongeschikt
d. De voorgestelde zin om ED te bevragen lijkt mij ongeschikt
e. Ik heb schrik voor de reactie van mijn patiënten wanneer ik ED bij hen zal navragen ikv dit onderzoek
f. Ik zal mij niet comfortabel voelen bij het stellen van de vraag ikv preventie
g. Het lijkt mij zinvol om ED te bevragen bij alle mannen ouder dan 45 jaar, met of zonder comorbiditeiten, ikv preventie
h. Geen mening
i. Andere
    i. Specifieer: .....

11. Opmerkingen?

.....
.....
.....
.....

IV. Bijlage 4: Vragenlijst 2 voor de huisarts

Drempels rond bespreekbaarheid van erectiele disfunctie
MaNaMa Elisabeth Denaeghel

Vragenlijst 2 voor de huisarts

ARTS NR .....

1. HET UITVOEREN VAN DE INTERVENTIE – HET STELLEN VAN DE VRAAG

I. **Heeft u de zin op exact de zelfde manier geformuleerd zoals gevraagd in de studie?** ***"Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?"***

0 Ja, steeds
- Waarom?

0 Ja, maar niet steeds
- Waarom?
- Hoe stelde/formuleerde u dan de vraag?

0 Nee, nooit
- Waarom?
- Hoe stelde/formuleerde u dan de vraag?

II. **Heeft u de vraag aan de 5 patiënten gesteld zoals gevraagd voor deze studie: dus**
- ikv het GMD+ of preventie,
- tussen de andere vragen rond cardiovasculaire preventie
- en niet ingeleid (bvb "ik moet nog 1 vraag stellen voor een studie...")

0 Ja, steeds
- Waarom?

0 Ja, maar niet steeds
- Waarom ook buiten het kader van het GMD+?
- In welke setting was dit dan?
- Vond u dit op deze manier handiger?

0 Nee, nooit
- Waarom ook buiten het kader van het GMD+?
- In welke setting was dit dan?
- Vond u dit op deze manier handiger?

2. DE PREVENTIEVE TOOL:

a. Praktische bruikbaarheid

I. **Wat vond u van de gebruikte zin?**

Lengte:	0 Te kort	0 Goed	0 Te lang
Formulering:	0 Te vaag	0 Duidelijk	0 Vakjargon/te ingewikkeld
Praktisch:	0 Nee	0 Ja	
Informatief:	0 Onvoldoende	0 Voldoende	

Ander voorstel: .....

II. **Wat vond u van de timing van de vraag, dus ikv GMD+, tussen de andere screeningsvragen rond preventie?**

0 Theoretisch en praktisch goed moment
0 Theoretisch goed moment, praktisch minder haalbaar
- Waarom?
- Hoe zou u dat aanpakken?

0 Theoretisch en praktisch minder geschikt moment
- Waarom?
- Wanneer zou u ED bevragen?
- Hoe zou u dat aanpakken?

III. **Had u het gevoel dat het consult meer tijd in beslag nam door het stellen van deze vraag?**

0 Ja, steeds
a. Hoeveel minuten gemiddeld langer?
b. Hoe kwam dit volgens u?

0 Ja, soms
a. Hoeveel minuten gemiddeld langer?
b. Hoe kwam dit volgens u?

0 Nee, nooit

b. Informatie

I. **Hoeveel patiënten van de 5 die u bevroeg, gingen verder in op het onderwerp erectiele disfunctie?**
.../5

II. **Wat was het antwoord van de patiënten op de vraag: *"Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?"*?**

0 Ja: .../5
0 Nee: ..../5
0 Soms: ..../5
0 Iets anders: .....: ...../5

III. **Waren er patiënten die nadien op consultatie kwamen met vragen over erectiele disfunctie doordat u het bespreekbaar gemaakt had door het stellen van de vraag?**

0 Ja: ..../5
- Wat was de concrete vraag?

0 Nee, niemand

c. *Subjectief*

I. **<u>Wat waren de reacties van de patiënten op de vraag</u>? (meerdere antwoordmogelijkheden)**
0 Neutraal
0 Comfortabel
0 Niet comfortabel
0 Opgelucht
0 Wenste dit niet te bespreken
0 Andere: .....

II. **<u>Lag deze reactie van de patiënt in de lijn van uw verwachting?</u>**
0 Ja
0 Nee

III. **<u>Was dit een verschil ivm het bevragen van erectiele disfunctie vroeger, los van het GMD+?</u>**
0 Ja, steeds
- Beschrijf:
0 Ja, soms
- Beschrijf:
0 Nee, nooit

IV. **<u>Hoe voelde u zich bij het stellen van de vraag?</u>**
0 Comfortabel
0 Niet comfortabel
0 Opgejaagd (ikv tijdsgebrek)
0 Anders:

V. **<u>Was dit een verschil ivm het bevragen van erectiele disfunctie vroeger, los van het GMD+?</u>**
0 Ja, steeds
- Wat was het verschil?
0 Ja, soms
- Wat was het verschil?
0 Nee, nooit

3. DEZE STUDIE EN DE DAGELIJKSE PRAKTIJKVOERING

I. **Wat vond u algemeen van deze studie? (verschillende antwoordmogelijkheden)**

0 Nam te veel tijd in beslag
0 Onnodig onderzoek: geen drempels en geen noodzaak aan screening naar ED
0 Het heeft mij doen inzien dat ik drempels ervaar om ED te bevragen
0 Te beperkt, navragen bij 5 patiënten is eigenlijk te weinig
0 Op de manier, voorgesteld in deze studie, ervaar ik minder drempels om ED te bespreken
0 Deze studie heeft mij gemotiveerd om naar ED te screenen
0 Deze studie heeft mij gemotiveerd mijn kennis over ED eens op te frissen
0 Deze studie heeft ervoor gezorgd dat ik meer stil sta bij ED en het meer bevraag

II. Denkt u dat de vraag, gesteld ikv preventie, bij huisartsen in het algemeen,...	Ja	Nee	Opm
... een effect heeft op de praktijkvoering?	0	0	
... de drempel bij de arts verlaagt om ED na te vragen?	0	0	
... de drempel verlaagt voor de patiënt om ED te bespreken?	0	0	
... zal leiden tot vroegdetectie van ED (en dus cardiovasculair belaste patiënten)?	0	0	
... het opstarten van een mogelijke (gewenste) behandeling zal versnellen?	0	0	
... de levenskwaliteit van de patiënt met ED zal verbeteren?	0	0	
... een meerwaarde is voor het GMD +?	0	0	

III. **Zal u erectiele disfunctie na deze studie blijven navragen ikv het GMD+ of preventie?**

0 Ja, steeds of zoveel mogelijk
- Waarom?
- Hoe heeft u de vraag toegevoegd aan het preventiedossier?

0 Ja, af en toe
- Waarom?
- Hoe heeft u de vraag toegevoegd aan het preventiedossier?

0 Ja, maar op een andere manier
- Beschrijf: .....

0 Nee, nooit
- Waarom?

IV. **Verder nog opmerkingen die u graag kwijt wil?**

.....
.....
.....
.....

V. <u>Bijlage 5:</u> Invulformulier voor de huisarts

<u>INVULFORMULIER</u>

"Drempels rond bespreekbaarheid van erectiele disfunctie"

Elisabeth Denaeghel

Navraag van erectiele disfunctie bij 5 patiënten (tussen 45 en 75 jaar oud) i.k.v. GMD + aan de hand van volgende vraag:

" Heeft u soms problemen om een erectie te krijgen?"

Patiënt	Leeftijd	Antwoord	Reactie van de patiënt	Opmerkingen
1				
2				
3				
4				
5				