

# Seksualiteit bespreekbaar maken met patiënten

Hoe een training de intentie en het gedrag van  
zorgprofessionals kan verbeteren



Dit artikel bespreekt de evidence-based doorontwikkeling van een pilottraining, die oorspronkelijk specifiek gericht was op hiv-zorgverleners, met als doel hen te helpen seksualiteit beter bespreekbaar te maken. Gedurende het onderzoek werd echter duidelijk dat ook zorgverleners buiten de hiv-zorg interesse hadden in deze training. In dit artikel behandelen we de resultaten van deze nieuwe training en onderzoeken we in hoeverre deze, gericht op vaardigheden en kennis, de intentie en het gedrag van zorgverleners kan beïnvloeden bij het bespreekbaar maken van seksualiteit.

**Auteurs** Dr. Suzanne de Munnik, verpleegkundig specialist AGZ en bestuurslid V&VN VS, Karin Grintjes-Huisman, verpleegkundig specialist AGZ, Chantal den Daas, PhD, Senior Lecturer in Health Psychology, Sigrid Vervoort, PhD, assistant professor bij Julius Center en programma coördinator bij Master Program Nursing Science, University Utrecht

**Inleiding** Seksuele gezondheid is een belangrijk onderdeel van zowel onze algehele gezondheid als ons welzijn (WHO). Bij veel medische aandoeningen en behandelingen wordt de seksuele gezondheid vaak verstoord. Om patiënten te ondersteunen bij het omgaan met deze verstoringen, zou het bespreekbaar maken van seksualiteit een routine-onderdeel moeten zijn in de kliniek. Hoewel veel zorgverleners het belangrijk vinden om seksualiteit en intimiteit met hun patiënten te bespreken, blijkt het in de praktijk vaak moeilijk om dit effectief te doen. Zorgverleners stuiten op verschillende barrières bij het bespreken van seksualiteit met patiënten.

**Theorie van Gepland Gedrag** De afgelopen jaren is er onderzoek gedaan naar de barrières bij het bespreken van seksualiteit, waarbij gebruik is gemaakt van de 'Theorie van Gepland Gedrag' (Ajzen, 1991, figuur 1). Deze theorie verklaart bewust gedrag, in dit geval

Figuur 1: *The Theory of Planned Behaviour.*

**1 - Attitude.** Komt voort uit gedrag, wat leidt tot de vorming van een houding ten opzichte van het gedrag. In de context van dit onderzoek is dat bijvoorbeeld of zorgverleners het een goed of slecht idee vinden om seksualiteit met hun patiënten te bespreken.

**2 - Social norms.** Wat zegt de omgeving. De relatie tot anderen die de subjectieve norm bepalen. Dit verwijst naar hoe zorgverleners de verwachtingen van anderen zien met betrekking tot het bieden van seksuele gezondheidszorg.

**3 - Self perceived skills.** Denkt de professional zelf dat hij in staat is om bepaald gedrag te vertonen? Dit gaat bijvoorbeeld over hoe zorgverleners hun eigen vermogen inschatten om seksuele gezondheidszorg te bieden aan patiënten.

het bespreken van seksualiteit. Bij de ontwikkeling van een interventie, in dit geval een training, werden drie belangrijke factoren meegenomen: de houding van de zorgverlener ten opzichte van het gedrag (attitude), wat de zorgverlener denkt wat er van hem of haar wordt verwacht (sociale norm) en het gevoel van controle over het eigen gedrag (self perceived skills) bij het bespreken van seksualiteit en intimiteit. Eerder onderzoek toonde aan dat verschillende barrières het bespreekbaar maken van seksualiteit in de spreekkamer bemoeilijken. Voorbeelden zijn ongemak, onzekerheid over vragen, de aanwezigheid van derden en onduidelijke richtlijnen. Positieve factoren, zoals een hoge intentie om seksualiteit te bespreken, zelfvertrouwen en kennis bij hiv-verpleegkundigen bevorderen daarentegen juist het faciliteren van het

Figuur 2: *Intervention Mapping.*

Intervention Mapping is een systematische benadering voor het ontwikkelen van effectieve interventies. Het biedt een gestructureerde methode om gezondheidsproblemen aan te pakken door evidence-based interventies te ontwerpen die zijn afgestemd op de specifieke behoeften van de doelgroep. Het proces bestaat uit verschillende stappen:

- **Behoeftanalyse:** identificeren van het probleem en de belangrijkste factoren die het gedrag beïnvloeden.
- **Doelen en gedragsdoelen formuleren:** duidelijke doelstellingen stellen voor de interventie.
- **Theoretische modellen en technieken selecteren:** kiezen van gedragsmodellen en strategieën die het gewenste gedrag kunnen beïnvloeden.
- **Interventie ontwikkelen:** creëren van de interventie-inhoud en -methoden.
- **Implementatieplan ontwikkelen:** zorgen voor een effectief implementatieproces.
- **Evaluatie:** het meten van de effectiviteit van de interventie.



praten over seksualiteit. Op basis van deze bevindingen werd in 2022/2023 een pilottraining als interventie ontwikkeld. Voor de ontwikkeling van deze interventie werd, naast de 'Theorie van Gepland Gedrag', een ander theoretisch raamwerk gehanteerd. Daarbij werden de zes stappen van 'Intervention Mapping' gevolgd (Bartholomew Eldredge et al., 2016, figuur 2). De pilottraining bestond uit drie dagdelen. Dag 1 was voornamelijk gericht op theorie, met een deel praktijk, terwijl dag 2 zich richtte op het trainen van gespreks- en houdingsaspecten met behulp van acteurs. Twintig deelnemers namen aan beide dagen deel. De evaluatie van het effect van de pilottraining toonde een positieve trend in de factoren: attitude, sociale normen, kennis en waargenomen vaardigheden van de deelnemers.

Seksualiteit speelt een rol in alle fasen van het leven. Biologische, psychische en sociale factoren bepalen wat wel of niet kan op seksueel gebied. Een chronische ziekte, kanker, een lichamelijke beperking en ouder worden kunnen de seksuele gezondheid beïnvloeden. Een goede seksuele gezondheid heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven. Daarom is het voor een verpleegkundig specialist belangrijk om veranderende seksuele gezondheid te herkennen en bespreekbaar te maken.

#### Wat is seksualiteit of intimiteit?

Bij seksualiteit denken veel mensen aan seksueel gedrag. Of soms alleen aan seksueel gedrag met een partner. Maar bij seksualiteit gaat het bijvoorbeeld ook over:

- lichaamsbeeld, bijvoorbeeld tevreden zijn over het eigen lichaam,
- zelfliefde, zoals masturbatie,
- genderidentiteit en genderrol, bijvoorbeeld zich een man of vrouw voelen, allebei of geen van beide, willen wisselen van genderidentiteit,
- verliefdheid en relaties vormen,
- seksuele oriëntatie: of iemand zich aangetrokken voelt tot iemand van hetzelfde of andere geslacht of allebei,
- seksuele interesses en verlangens, meningen en gevoelens,
- reproductieve gezondheid, zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal gebied,
- seksueel functioneren: of en hoe iemand seksueel actief kan zijn.

### Doorontwikkeling van de training Seksenzorg seksuele gezondheidszorg 2024

Op basis van de opgedane inzichten werd de pilottraining als interventie doorontwikkeld tot een uitgebreide driedelige training. Deze training werd aanvankelijk specifiek ontworpen voor hiv-zorgverleners, maar is ook toegankelijk voor zorgverleners uit andere gebieden binnen de gezondheidszorg. Het programma richt zich op het versterken van attitudes, het doorbreken van sociale normen, het vergroten van zelfeffectiviteit, het ontwikkelen van relevante vaardigheden en het bevorderen van de intentie om gedragsverandering te bewerkstelligen. Gezien de beperkte tijd die zorgverleners ter beschikking hebben voor het volgen van een training, bestaat het theoretisch kader van de training uit een zesdelige podcastreeks met experts en patiënten. Het tweede onderdeel van de training is een interactief webinar over klinische casussen. De training wordt afgesloten met een praktijkdag, waarin communicatie-, gespreks- en houdingsvaardigheden in een ondersteunende setting verder worden geoefend.

**Onderzoeksvragen** De training over het bespreken van seksualiteit is gebaseerd op vaardigheden en kennis. In hoeverre beïnvloedt de training de intentie en het gedrag van zorgprofessionals met betrekking tot seksuele gezondheidsgesprekken met patiënten?

Om deze vraag te beantwoorden, richtten we ons op belangrijke factoren die zijn afgeleid van de 'Theorie van Gepland Gedrag': attitude, sociale normen, zelfeffectiviteit en waargenomen vaardigheden. Het onderzoek heeft de volgende vragen verkend:

1. Hoe hangen attitude, sociale normen, zelfeffectiviteit en waargenomen vaardigheden samen met de intentie?
2. Hoe veranderen attitude, sociale normen, zelfeffectiviteit en waargenomen vaardigheden de intentie en het gedrag als resultaat van de training?

'De training over het bespreken van seksualiteit is gebaseerd op vaardigheden en kennis'

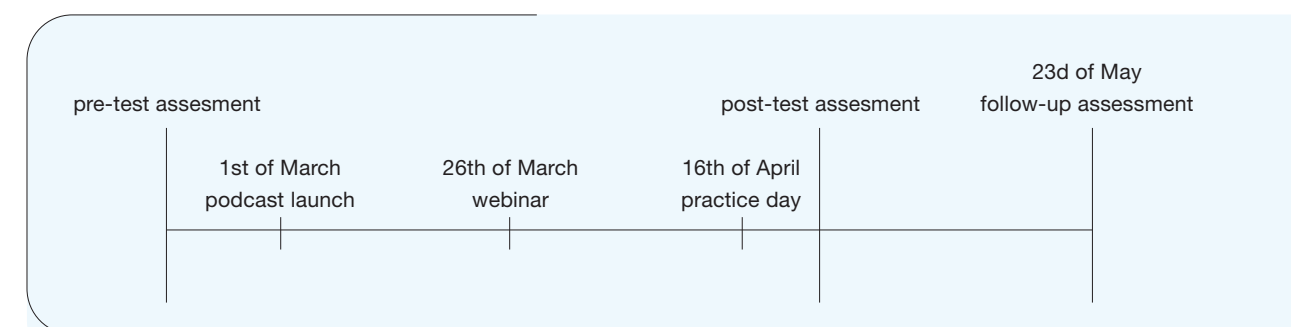
**Methode** Zorgprofessionals uit verschillende zorgsectoren namen deel aan ten minste één onderdeel van de training. Een belangrijk inclusiecriteria was dat deelnemers patiëntcontacten hadden in hun dagelijkse praktijk. Wie zich had aangemeld voor de training kreeg via e-mail een link naar de vragenlijst gestuurd. De deelnemers werden geïnformeerd over het onderwerp en het doel van het onderzoek en werd gevraagd hun geïnformeerde toestemming te geven via de vragenlijst. Daarnaast was er ethische goedkeuring van zowel de Universiteit Utrecht als de medisch-ethische commissie.

**Datacollectie en vragenlijst** De dataverzameling werd uitgevoerd met behulp van het programma Qualtrics XM. Om het effect van de training op de intentie en het gedrag van zorgverleners in het bespreken van seksualiteit met hun patiënten te onderzoeken, werd gekozen voor een kwantitatief, niet-gerandomiseerd ontwerp met drie meetmomenten. De vragenlijsten, gebaseerd op de factoren van de Theorie van Gepland Gedrag en de resultaten van eerdere onderzoeken, bestonden uit 52 vragen. Zorgverleners die zich voor de training hadden aangemeld, werd gevraagd om op drie verschillende tijdstippen een vragenlijst in te vullen: één vóór de lancering van de podcast op 1 maart, de tweede na de praktijkdag op 16 april en de derde na de training op 23 mei. In figuur 3 worden deze meetmomenten aangeduid als de pre-testbeoordeling, post-testbeoordeling en follow-upbeoordeling.

'Een belangrijk inclusiecriteria was dat deelnemers patiëntcontacten hadden in hun dagelijkse praktijk'

De derde vragenlijst bevatte een extra vraag over welk deel van de training gevolgd was. Vier vragen richtten zich op demografische variabelen, zoals geslacht, leeftijd, functie en werkveld. Acht vragen gingen over houding ( $\alpha = .776$ ), bijvoorbeeld: "Het bespreken van seksualiteit tijdens een consult vind ik...". Zeventien vragen behandelden zelfeffectiviteit ( $\alpha = .915$ ), bijvoorbeeld: "Ik denk dat ik kan omgaan met ongemak bij het bespreken van seksualiteit." Zes vragen gingen over sociale normen ( $\alpha = .856$ ), bijvoorbeeld: "Mijn collega's verwachten dat ik in een consult over seksualiteit begin." Nog zes vragen behandelden waargenomen vaardigheden ( $\alpha = .932$ ), bijvoorbeeld: "Ik bezit de benodigde kennis om over seksualiteit te beginnen." Acht vragen gingen over intentie ( $\alpha = .917$ ), bijvoorbeeld: "Ik ben van plan om seksualiteit te bespreken in een standaardconsult." Tot slot waren er drie vragen over het gedrag in de afgelopen maand ( $\alpha = .965$ ), bijvoorbeeld: "In de afgelopen maand ben ik over seksualiteit begonnen." De antwoorden op de items over houding, zelfeffectiviteit, sociale normen en waargenomen vaardigheden werden beoordeeld op een 5-puntsschaal, terwijl intentie en gedrag beoordeeld werden op een 7-puntsschaal, variërend van 'heel oneens' tot 'heel eens'.

Figuur 3: beoordeling vragenlijsten.





**Resultaten** De gemiddelde leeftijd van de deelnemers varieerde van 44,68 jaar (pre-test) tot 45,86 jaar (follow-up) (tabel 1). De meerderheid was vrouw, met percentages tussen de 81,0% en 86,3%. Het grootste deel van de deelnemers bestond uit verpleegkundigen (30,5% tot 41,4%), gevolgd door verpleegkundig specialisten (19,1% tot 31,3%).

Uit de analyses bleek dat er aanzienlijke verbeteringen waren tussen de groepen op verschillende gebieden, zoals houding, zelfeffectiviteit, sociale normen, waargenomen vaardigheden, intentie en gedrag. Na de tweede meting (post-test) lieten de resultaten op het gebied van houding, zelfeffectiviteit, waargenomen vaardigheden en gedrag een duidelijke verbetering zien ten opzichte van de eerste meting (pre-test). Deze verbeteringen bleven zichtbaar tijdens de follow-up, aangezien de scores bij de follow-up hoger waren dan bij de pre-test. Sociale normen verbeterden pas tussen de pre-test en de follow-up. De intentie om seksualiteit te bespreken was wel hoger na de training, maar dit effect nam weer af tijdens de follow-up (tabel 2).

**Discussie** Dit onderzoek biedt interessante inzichten in de factoren die de bereidheid van zorgprofessionals beïnvloeden om seksualiteit als onderwerp bespreekbaar te maken binnen hun dagelijkse zorgpraktijk. De bevindingen benadrukken dat positieve houding, gunstige sociale normen en hoge zelfeffectiviteit belangrijke voorspellers zijn van de intentie om seksualiteit aan te kaarten met patiënten. Deze factoren vormen de kern van een succesvol trainingstraject voor zorgprofessionals, waaruit blijkt dat het gewenste gedrag, namelijk het bespreekbaar maken van seksualiteit, daadwerkelijk kan worden bereikt door middel van gerichte training.

Wat bijzonder opvalt, is dat niet alleen zorgverleners uit de hiv-zorg betrokken waren bij de studie, maar dat de training ook andere specialismen aantrok. Dit wijst erop dat seksualiteit als onderwerp van zorg universeel relevant is, en dat er een bredere behoefte is aan training over dit thema. De aanwezigheid van zorgverleners uit verschillende disciplines ondersteunt de veronderstelling dat seksualiteit een integraal onderdeel is van de kwaliteit van leven en dus ook van de zorgverlening in verschillende specialismen. Het is belangrijk om te erkennen dat dit niet vreemd is, hoewel de meerderheid van de deelnemers verpleegkundigen zijn. Er is al veel onderzoek dat suggereert dat het bespreekbaar maken van kwaliteit van leven, zoals seksualiteit, bij uitstek een aandachtsgebied is voor verpleegkundigen in de zorg.

Een ander waardevol aspect van de studie betreft de trainingmethoden die evidence-based volgens 'Intervention Mapping' werden toegepast. Het onderzoek benadrukt dat - hoewel casuïstiek en het aanleren van vaardigheden vaak effectief zijn - sommige zorgprofes-

sionals het moeilijk vinden om daadwerkelijk te oefenen in kleine groepen. Bijvoorbeeld met rollenspellen of acteerinterventies. Deze oefeningen kunnen als barrière worden ervaren, wat erop wijst dat zorgprofessionals soms terughoudend zijn om in een kleine setting openlijk te oefenen met gespreksvaardigheden. Dit is een belangrijke bevinding, aangezien evaluaties van de studie aantonen dat het oefenen van gespreks- en houdingstechnieken een positieve invloed heeft op de intentie om het gesprek over seksualiteit daadwerkelijk aan te gaan. Dit benadrukt dat oefening een essentieel onderdeel van de training moet blijven, ondanks de belemmeringen die sommige zorgprofessionals ervaren. Om de toegankelijkheid van de training verder te verbeteren ten aanzien van gespreksvaardigheden, zou het een goed idee zijn om deelnemers de keuze te geven tussen een plenaire training of een intensievere training in kleinere groepen. Dit zou zorgprofessionals in staat stellen de training te volgen in de vorm die voor hen het meest comfortabel is. Dat kan de effectiviteit van de training ten goede komen.

'De training trok niet alleen zorgverleners uit de hiv-zorg, maar ook andere specialismen. Dit wijst erop dat seksualiteit als onderwerp van zorg universeel relevant is'

Tabel 1: Participant characteristics across the different time points.

	Pre-test Before 1st of March (N=131)	Post-test 16th of April (N=47)	Follow-up After 23rd of May (N=58)
Age (Mean [SD])	44.68 (10.11)	42.38 (10.96)	45.86 (10.93)
Gender			
Male	18 (13.7)	7 (14.9)	11 (19.0)
Female	113 (86.3)	40 (85.1)	47 (81.0)
Profession			
Infectious disease specialist	6 (4.6)	0 (0.0)	3 (5.2)
Nurse	40 (30.5)	17 (36.2)	24 (41.4)
Nurse specialist	41 (31.3)	12 (25.5)	11 (19.1)
General practitioner	4 (3.1)	1 (2.1)	3 (5.2)
GGD doctor	0	1 (2.1)	0 (0.0)
Other	40 (30.5)	16 (12.7)	17 (29.3)
Work field			
HIV-care	29 (22.1)	12 (25.5)	16 (27.6)
STI-care	19 (14.5)	9 (19.1)	12 (20.7)
GP-care	14 (10.7)	4 (8.5)	7 (12.1)
Other	69 (52.7)	22 (46.8)	23 (39.7)

Tabel 2: Means of Theory of Planned Behavior Constructs at Different Time Points with Significant Mean Differences Identified by ANOVA and Bonferroni Post-Hoc Test.

	Pre-test Before 1st of March (N=131)	Post-test After the 16th of April (N=47)	Follow-up After the 23rd of May (N=58)	ANOVA-results		
				F(df)	p-value	$\eta^2$
Attitude <sup>a</sup>	3.69 (0.50)	3.94 (0.40)	3.88 (0.51)	F(2, 233) = 6.29	0.002	0.051
Self-efficacy <sup>a</sup>	3.68 (0.52)	3.98 (0.33)	4.03 (0.50)	F(2, 233) = 13.30	< 0.001	0.102
Social norms <sup>b</sup>	3.21 (0.78)	3.37 (0.88)	3.58 (0.83)	F(2, 233) = 4.25	0.015	0.035
Perceived skills <sup>a</sup>	3.32 (0.80)	4.06 (0.44)	4.02 (0.60)	F(2, 232) = 31.40	< 0.001	0.213
Intention <sup>c</sup>	5.12 (0.99)	5.52 (0.78)	5.37 (1.08)	F(2, 232) = 3.44	0.034	0.029
Behavior <sup>a</sup>	4.14 (1.87)	5.13 (1.47)	4.90 (1.71)	F(2, 231) = 7.18	< 0.001	0.059

**Note**

Statistical significance is considered at  $p < 0.05$ . Degrees of freedom in ANOVA may differ as missing values are not included in the analyses.

<sup>a</sup> = Significant mean differences between the pre-test and post-test, as well as between the pre-test and follow-up, as indicated by the Bonferroni post-hoc test.

<sup>b</sup> = Significant mean difference between the pre-test and follow-up, as indicated by the Bonferroni post-hoc test.

<sup>c</sup> = Significant mean difference between the pre-test and post-test, as indicated by the Bonferroni post-hoc test.



**Conclusie** De doorontwikkeling van de pilottraining (naar een driedelige interventie) heeft veelbelovende resultaten opgeleverd, waarbij de toegepaste methodes effect laten zien op het gedrag van de zorgprofessional in het bespreken van seksualiteit. De brede deelname van zorgprofessionals uit verschillende zorgdomeinen benadrukt een duidelijke en groeiende behoefte aan training, wat suggereert dat seksualiteit als zorgthema breder erkend wordt binnen diverse medische disciplines. Dit benadrukt de urgentie om de interventie verder te ontwikkelen, contextueel aan te passen en op te schalen, zodat deze nog beter aansluit bij de uiteenlopende behoeften van zowel zorgprofessionals als patiënten.

**Aanbevelingen** Gezien de relevantie van het onderwerp en de resultaten uit dit onderzoek, wordt sterk aanbevolen om de training te integreren met bestaande richtlijnen, zoals de richtlijn 'Veranderende Seksuele Gezondheid' van de V&VN. Deze richtlijn kan een belangrijke ondersteuning zijn bij het signaleren en bespreekbaar maken van veranderend seksueel functioneren - naast de training zelf. Dit biedt zorgprofessionals concrete handvatten om het onderwerp seksualiteit in hun zorgpraktijk structureel te adresseren.

Toekomstig onderzoek zal zich richten op de langetermijneffecten van de training, waarbij specifieke aanpassingen voor verschillende specialismen in kaart moeten worden gebracht. Een belangrijk onderzoeksdoel is het evalueren in hoeverre de training niet alleen de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals verbetert, maar ook daadwerkelijk bijdraagt aan een grotere tevredenheid bij patiënten over het bespreken van seksualiteit. Het is essentieel om inzicht te krijgen in hoe deze interventies zich vertalen naar een verbetering van de zorgkwaliteit, zowel op professioneel niveau als voor de patiënten zelf. ●

'De toegepaste methodes laten effect zien op het gedrag van de zorgprofessionals in het bespreken van seksualiteit'

duS...

**Als je dit artikel hebt gelezen, weet je:**

- dat een positieve houding, gunstige sociale normen en hoge zelfeffectiviteit belangrijke voorspellers zijn voor de intentie om seksualiteit aan te kaarten met patiënten,
- dat seksualiteit als onderwerp van zorg universeel relevant is en dat er een bredere behoefte is aan training over dit thema,
- dat er een urgentie is om de interventie verder te ontwikkelen, contextueel aan te passen en op te schalen.