



UCLL
HOGESCHOOL

Bachelor in de verpleegkunde

Academiejaar 2024-2025

Bachelorproef 'Challenge your Care'

Seksualiteit bespreekbaar maken

De rol van verpleegkundigen in de zorg voor borstkankerpatiënten

Desair Hanna

INHOUDSOPGAVE

1 BESCHRIJVING VAN EEN VERPLEEGKUNDIG RELEVANT PROBLEEM	2
1.1 AARD VAN HET PROBLEEM.....	2
1.1.1 Definities van seksualiteit	2
1.1.2 Borstkanker prevalentie	2
1.1.3 Borstkanker en de gevolgen op vlak van seksualiteit.....	2
1.1.4 De rol van verpleegkundige	4
1.2 CONTEXT: PROBLEEMGEBIED EN NIVEAU ZORGORGANISATIE	4
1.3 PROBLEEM AFTOETSEN IN DE PRAKTIJK.....	5
1.4 MOTIVATIE	5
2 ANALYSE VAN HET PROBLEEM AAN DE HAND VAN KWALITEITSCRITERIA	6
2.1 PATIËNTGERICHTHEID OF CLIËNTGERICHTHEID	6
2.2 VEILIGHEID.....	6
2.3 EFFICIËNTIE	7
2.4 EFFECTIVITEIT	7
2.5 TIJDIGHEID EN TOEGANKELIJKHEID.....	8
2.6 GELIJKHEID.....	8
2.7 DUURZAAMHEID	9
2.8 HET CENTRALE KWALITEITSCRITERIUM.....	10
3 DOELSTELLING O.B.V. DE KWALITEITSANALYSE EN ONDERZOEKSVRAAG	10
3.1 DOELSTELLING	10
3.2 CONCRETE ONDERZOEKSVRAAG	10
4 LITERATUURSTUDIE	11
4.1 WERKWIJZE LITERATUURSTUDIE	11
4.2 RESULTATEN VAN HET LITERATUURONDERZOEK.....	11
4.3 GEN AI.....	12
5 LITERATUURSELECTIE.....	12
6 ANTWOORD OP ONDERZOEKSVRAAG	12

6.1 COMMUNICATIE EN VERWACHTINGEN	12
6.1.1 Belang van communicatie.....	12
6.1.2 Communicatieve praktijken en uitdagingen.....	13
6.1.3 Verwachtingen patiënten en verpleegkundigen	14
6.1.4 Barrières die verpleegkundigen ervaren	14
6.2 EVIDENCE-BASED INTERVENTIES.....	15
6.2.1 Interventies voor verpleegkundigen: training en educatie	15
6.2.2 Interventies voor verpleegkundigen: aanbevelingen met betrekking tot communicatieve praktijken	16
6.2.3 Interventies voor verpleegkundigen: communicatie tools.....	16
6.2.4 Interventies voor patiënten	17
6.2.5 Interventies voor gezondheidszorgorganisaties.....	18
7 CONCLUSIE	20
8 AANBEVELINGEN VOOR VERPLEEGKUNDIG WERKVELD	21
8.1 AANBEVELING: STRUCTURELE EDUCATIE EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	21
8.2 AANBEVELING: COMMUNICATIE ALS KERN VAN INCLUSIEVE PATIËNTGERICHTE ZORG	21
8.3 AANBEVELING: ORGANISATIE BREDE VERANKERING IN BELEID EN ZORGPADEN	22
8.4 AANBEVELING: INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	22
8.5 CONCLUSIE: DUURZAME IMPLEMENTATIE VAN ALLE ACTOREN	22
9 LITERATUURLIJST	23
10 BIJLAGES.....	27
10.1 LEESSCHEMA	27
10.1.1 Beoordeling Xu et al. (2023)	27
10.1.2 Beoordeling Pimsen et al. (2024).....	31
10.1.3 Beoordeling Arring et al. (2023)	35
10.1.4 Beoordeling Arends et al. (2024)	40
10.1.5 Beoordeling Kelder et al. (2022)	45
10.1.6 Beoordeling Albers et al. (2020)	50
10.2 TABEL BARRIÈRES EN MOGELIJKE OPLOSSINGEN.....	55
10.3 TABEL EVIDENTIE COMMUNICATIETOOLS	57

10.4 IMPLEMENTATIEPLAN	58
------------------------------	----

Abstract

Titel:

Seksualiteit bespreekbaar maken. De rol van verpleegkundigen in de zorg voor borstkankerpatiënten.

Student: Hanna Desair

Inleiding:

Wat als één van de meest intieme aspecten van het leven, seksualiteit, plots onder druk komt te staan door borstkanker en daar nauwelijks over gesproken wordt? Voor veel patiënten blijft seksuele gezondheid een stil verdriet, ondergesneeuwd in de medische zorg. Hoewel seksualiteit cruciaal is voor levenskwaliteit, krijgt het in de verpleegkundige praktijk vaak te weinig aandacht. Dit leidt tot onbegrepen noden, relationele spanningen en psychosociale klachten. Deze bachelorproef onderzoekt hoe verpleegkundigen seksualiteit bespreekbaar maken.

Doelstelling:

Het doel is om aanbevelingen te formuleren die oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten. Hierbij is bijzondere aandacht voor de verwachtingen van patiënten en verpleegkundigen en de communicatieve en structurele uitdagingen.

Methodologie:

Via een literatuurstudie werden zes actuele, wetenschappelijke bronnen geanalyseerd. De zoekopdrachten focuste op seksuele gezondheid, communicatie, interventies en de rol van verpleegkundigen. De analyse gebeurde via databanken zoals PubMed, CINAHL en ESMO, met inclusiecriteria rond relevantie, actualiteit en kwaliteitsniveau.

Resultaten:

Verpleegkundigen ervaren drempels zoals tijdsdruk, kennisgebrek, schaamte en onduidelijkheid over hun rol. Patiënten geven aan nood te hebben aan eerlijke informatie en begeleiding, maar vinden het moeilijk dit zelf aan te kaarten. Daardoor blijven seksuele zorgen vaak onder de radar (Albers et al., 2020; Arring et al., 2023; Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024).

Evidence-based interventies helpen verpleegkundigen om op een effectieve manier in dialoog te gaan met patiënten. Modellen zoals PLISSIT, BLISS en BETTER bieden een gestructureerde en empathische aanpak. Training, digitale tools en reflectie verhogen het zelfvertrouwen van verpleegkundigen en stimuleren frequentere gesprekken (Albers et al., 2020; Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024; Kelder et al., 2022; Arring et al., 2023; Arends et al., 2024).

Conclusie:

Verpleegkundigen spelen een sleutelrol in het normaliseren en bespreekbaar maken van seksualiteit. Met open communicatie, patiëntgerichte begeleiding en het gebruik van modellen kunnen zij hierin het verschil maken. De praktijk schiet hierin vaak tekort, wat vraagt om meer bewustwording, opleiding en structurele verankering.

Aanbevelingen:

Om seksualiteit bespreekbaar te maken, worden vier strategische pijlers voorgesteld: structurele educatie, communicatie, organisatie verankering en interdisciplinaire samenwerking. Educatie moet verankerd worden in basis- en vervolgopleidingen, met aandacht voor gesprekstechnieken, reflectie en het gebruik van modellen. Gespreksvaardigheden, visuele hulpmiddelen en meetinstrumenten zoals de FSFI en SQOL-F ondersteunen de communicatie. Seksualiteit moet geïntegreerd worden in zorgpaden en elektronische dossiers, met betrokkenheid van trajectbegeleiders, referentieverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen. Samenwerking met seksuologen en psychologen is essentieel, evenals aandacht voor cultuurgevoelige zorg. Deze aanbevelingen zijn vertaald naar een concreet implementatieplan, afgestemd met het werkveld.

1 Beschrijving van een verpleegkundig relevant probleem

1.1 Aard van het probleem

Seksualiteit is een essentieel aspect van het menselijk leven, maar blijft in de verpleegkundige zorg voor borstkankerpatiënten vaak onderbelicht. Dit heeft een negatieve impact op het welzijn van de patiënt. Zowel zorgverleners als patiënten zijn terughoudend om het onderwerp aan te kaarten. Zorgverleners door kennisgebrek, persoonlijke waarden en ongemak en patiënten door onzekerheid, een negatief zelfbeeld en relationele spanningen. Deze wederzijdse terughoudendheid leidt tot een tekort aan gepaste ondersteuning (Neefs, 2022; Reese et al., 2017; Brajkovic et al., 2021; Flynn et al., 2011). Deze bachelorproef onderzoekt hoe verpleegkundigen seksualiteit effectief bespreekbaar kunnen maken in de oncologische zorg, om zo de levenskwaliteit van borstkankerpatiënten te verbeteren.

1.1.1 Definities van seksualiteit

Volgens de World Health Organization (2019) is seksualiteit een centraal aspect van het mens-zijn gedurende het hele leven, beïnvloedt door biologische, psychologische, sociale, culturele en religieuze factoren. Het omvat onderwerpen zoals geslacht, seksuele oriëntatie, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksuele gezondheid daarentegen verwijst naar de toestand van fysiek, mentaal en sociaal welzijn rond seksualiteit, inclusief mogelijke uitdagingen zoals seksuele disfuncties. Bij borstkankerpatiënten zijn deze definities bijzonder relevant, gezien de impact van de diagnose op seksualiteit en seksuele gezondheid (World Health Organization, 2019).

1.1.2 Borstkanker prevalentie

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Ongeveer 1 op 8 Belgische vrouwen krijgt tijdens haar leven borstkanker (UZ Leuven, 2024c). Risicofactoren zijn onder anderen toenemende leeftijd vanaf 40 jaar, het vrouwelijk geslacht, levensstijl, blootstelling aan hormonen en genetische aanleg (World Health Organization, 2024). De ziekte ontstaat doorgaans door een samenspel van toeval, genetische aanleg en omgevingsfactoren (UZ Leuven, 2024e). De hoge prevalentie toont aan dat de probleemstelling van deze bachelorproef een brede maatschappelijke relevantie heeft.

1.1.3 Borstkanker en de gevolgen op vlak van seksualiteit

Borstkanker ontstaat door de ongecontroleerde celdeling in de melkklieren (lobulair) of melkkanalen (ductaal). Afhankelijk van het type en stadium zijn behandelingen zoals chirurgie, radiotherapie of systemische therapie mogelijk. Deze behandelingen kunnen de seksuele gezondheid van patiënten sterk beïnvloeden (World Health Organization, 2024).

Chirurgie kan het zelfbeeld ingrijpend veranderen. Een mastectomie of een lumpectomie zijn de meest voorkomende chirurgische ingrepen en worden vaak gecombineerd met het verwijderen van de oksellymfeklieren (UZ Leuven, 2024c). Bij een mastectomie wordt de volledige borst, inclusief overliggende huid en tepel verwijderd, unilateraal of bilateraal. Na de ingreep kan de patiënt zelf kiezen voor een borstprothese of borstreconstructie. De zichtbare littekens (van middellijn tot oksel) en vlakke borstkas kunnen het zelfbeeld en gevoel van vrouwelijkheid aantasten, met negatieve gevolgen voor de seksuele gezondheid (UZ Leuven, 2024b). Een lumpectomie (borstsparende

operatie) verwijdert de tumor met een deel gezond weefsel. Deze ingreep laat kleinere littekens na, maar vereist een nabehandeling met radiotherapie (UZ Leuven, 2024d).

Radiotherapie vernietigt microscopische kankercellen en voorkomt lokaal herval na een lumpectomie. De duur en intensiteit varieert afhankelijk van het type tumor en de indicatie. Veelvoorkomende nevenwerkingen zijn roodheid van de huid, slikproblemen, vochttopstapeling in de borst of thoraxwand en vervorming van de borst. In combinatie met hormoontherapie kunnen ook warmteopwellingen, gewrichtsklachten, vaginale veranderingen, vaginale droogheid, verminderd libido, concentratieproblemen en slapeloosheid optreden. Deze klachten en het gebrek aan informatie erover, beïnvloeden de seksuele gezondheid negatief (UZ Leuven, 2025b).

Systemische therapie omvat chemotherapie, hormoontherapie, immunotherapie en doelgerichte therapie. Chemotherapie maakt gebruik van cytostatica die kankercellen vernietigen door schade aan het DNA te veroorzaken (cytotoxisch effect) of hun celdeling remmen (cytostatisch effect) (UZ Leuven, 2025a). De nevenwerkingen variëren per patiënt en behandelingschema. De patiënt kan last hebben van onder andere een griepig gevoel, haarverlies, huidproblemen, irritatie van het mondslijmvlies, misselijkheid, tintelingen, voos gevoel, vermoeidheid, vruchtbaarheidsstoornissen en emotionele klachten zoals angst, boosheid, schaamte en verdriet. Al deze symptomen hebben invloed op de seksualiteit van patiënten. Zowel de lichamelijke als emotionele gevolgen vragen om ondersteuning van zorgverleners (UZ Leuven, 2023a).

Hormoontherapie bij borstkanker werkt in op vrouwelijke hormonen. Omdat sommige kankercellen gestimuleerd worden door oestrogeen, remt deze therapie de aanmaak of werking van dat hormoon (UZ Leuven, 2024a). De behandeling veroorzaakt vaak nevenwerkingen die de seksuele gezondheid beïnvloeden, zoals libidoverlies door pijn, vaginale droogheid, warmteopwellingen, vermoeidheid en emotionele belasting. Ondersteuning en educatie zijn hierbij essentieel (UZ Leuven, 2024g).

Immunotherapie stimuleert het immuunsysteem om kankercellen beter te herkennen en aan te vallen. Het effect kan enkele weken tot maanden duren voordat het merkbaar is, maar de resultaten kunnen langer blijven aanhouden, omdat het immuunsysteem bijgeleerd heeft en de kankercellen zelfs na de behandeling blijft bestrijden (UZ Leuven, 2024f). De behandeling veroorzaakt nevenwerkingen zoals huidveranderingen, vermoeidheid, misselijkheid, spier- of gewrichtspijnen en eventueel een auto-immuunreactie met klachten zoals jeuk en of pijn (UZ Leuven, 2023b). Seksualiteit kan zowel lichamelijk als emotioneel door deze behandeling beïnvloed worden, afhankelijk van de persoon. Er kan een verminderd libido optreden en gevoelens van angst en verdriet. Het is belangrijk om hierover te praten met zorgverleners (UZ Leuven, 2023c).

Doelgerichte therapie bij borstkanker richt zich specifiek op kenmerken van kankercellen zoals het HER2-eiwit of de celdeling via CDK4/6. Ongeveer 15% van de borstkankerpatiënten heeft een HER2-positieve tumor, waarbij middelen zoals trastuzumab en pertuzumab de tumorgroei remmen (Kom op tegen Kanker, 2022). Deze therapieën zijn doorgaans minder schadelijk voor gezond weefsel dan klassieke chemotherapie, maar kunnen wel bijwerkingen geven zoals hartzwakte (trastuzumab), diarree of huiduitslag (pertuzumab). Hoewel deze behandelingen doorgaans milder zijn, kunnen ze toch een impact hebben op het welzijn en de seksuele gezondheid van patiënten (Kom op tegen Kanker, 2022).

Wanneer tijdens een van deze behandelingen onvoldoende aandacht wordt besteed aan seksuele gezondheid, voelen patiënten zich vaak onvoldoende geïnformeerd en ondersteund. Volgens Kom op tegen Kanker (Neefs, 2022) ervaart 87% van de kankerpatiënten seksuele problemen, terwijl minder dan de helft hierover spreekt met een zorgverlener. Toch staat 72% hier wel voor open en verwacht dat zorgverleners dit gesprek openen (Neefs, 2022).

Reese et al. (2017) benadrukken dat zorgverleners niet mogen vertrouwen op patiënten om seksuele zorgen zelf aan te kaarten. Patiënten geloven namelijk dat de zorgverlener het onderwerp wel zou aansnijden als het belangrijk was, wat hun terughoudendheid verklaart (Reese et al., 2017). Dit wijst op een structureel tekort aan het systematische bespreekbaar maken.

Daarnaast toont Kom op tegen Kanker (Neefs, 2022) aan dat borstkanker relaties onder druk zet. Lichamelijke symptomen en veranderde rolpatronen veroorzaken spanningen en belemmeren intimiteit. Alleenstaande patiënten ervaren dan weer onzekerheid in het aangaan van nieuwe relaties (Neefs, 2022).

1.1.4 De rol van verpleegkundige

Verpleegkundigen spelen een sleutelrol in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten. Volgens Flynn et al. (2011) is het essentieel dat patiënten voor de behandeling geïnformeerd worden over mogelijke seksuele bijwerkingen, zodat ze bewuste keuzes kunnen maken. Ook tijdens en na de behandeling blijft open communicatie essentieel om seksuele problemen tijdig te herkennen en te behandelen (Flynn et al., 2011).

Toch blijkt uit het onderzoek van Flynn et al. (2011) dat deze gesprekken zelden plaatsvinden. Slechts 45% van de patiënten ontving ooit informatie over seksualiteit. Dit ervaren zij als hinderlijk in de voorbereiding op mogelijke gevolgen. Patiënten waarderen het wanneer zorgverleners zelf het gesprek openen. Flynn et al. (2011) benadrukt dat verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid moeten nemen in het bespreken van seksualiteit, ongeacht of patiënten er zelf naar vragen (Flynn et al., 2011).

Verskillende barrières hinderen verpleegkundigen om hun rol hierin op te nemen. Tijdsgebrek, beperkte kennis, het ontbreken van duidelijke richtlijnen en schaamte bemoeilijken het gesprek. Verpleegkundigen denken soms ten onrechte dat factoren zoals leeftijd, geslacht of seksuele oriëntatie gesprekken belemmeren, terwijl patiënten dit zelden zo ervaren. Flynn et al. (2011) pleiten daarom voor meer vertrouwen bij verpleegkundigen, ongeacht demografische verschillen (Flynn et al., 2011).

Reese et al. (2017) bevestigen deze bevindingen en voegen toe dat een gebrek aan training, onvoldoende kennis over behandelingsmogelijkheden en een sterke focus op fysieke symptomen belangrijke obstakels zijn. Verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van hun eigen drempels en deze actief aanpakken (Reese et al., 2017).

1.2 Context: Probleemgebied en niveau zorgorganisatie

Deze bachelorproef maakt gebruik van het micro-, meso- en macroniveau referentiekader om het probleem in zijn context te plaatsen en benadrukt de nood aan geïntegreerde aanpak.

Op microniveau gaat het om de directe interactie tussen zorgverlener, patiënt en de context van de patiënt. Verpleegkundigen, met hun frequent patiëntcontact, spelen hierin een sleutelrol. Toch ervaren zij barrières zoals gebrek aan kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen. Hierdoor blijft seksualiteit vaak onbesproken (Neefs, 2022). Dit te kort aan communicatie gaat ten koste van patiëntgerichte zorg. Patiënten ontvangen onvoldoende informatie en ondersteuning, wat kan leiden tot een laag zelfbeeld en relatieproblemen. (Brajkovic et al., 2021).

Op mesoniveau hebben zorgorganisaties een sleutelrol. Een gebrek aan richtlijnen, opleiding en structurele ondersteuning belemmert verpleegkundigen om seksualiteit aan te kaarten. De organisatiecultuur draagt bovendien vaak bij aan het taboe. Volgens Neefs (2022) is gerichte scholing essentieel, zowel in basis- als vervolgopleiding. Er moeten duidelijke afspraken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd in richtlijnen en protocollen binnen zorgorganisaties (Neefs, 2022).

Op macroniveau beïnvloeden maatschappelijke en beleidsmatige factoren het probleem. Seksualiteit blijft een taboeonderwerp, seksuele zorg is beperkt toegankelijk en wordt nauwelijks terugbetaald. België kent geen uniform nazorgtraject waarin seksuele gezondheid systematisch wordt opgevolgd en financieel ondersteund. Ondanks initiatieven zoals het Nationaal Kankerplan ontbreekt een structureel aanbod voor psychosociale zorg. Neefs (2022) stelt dat seksuele gezondheid binnen het zorgbeleid nog steeds onvoldoende erkenning krijgt, ondanks de grote maatschappelijke relevantie (Neefs, 2022).

1.3 Probleem aftoetsen in de praktijk

Om de complexiteit en relevantie van het probleem te verduidelijken, werd gesproken met Gitte Van Bauwel, de hoofdverpleegkundige op de afdeling Oncologische Heelkunde van UZ Leuven. Hieruit bleek dat er geen routinematige aanpak of duidelijke richtlijnen bestaan rond het bespreken van seksualiteit. De verantwoordelijkheid ligt vooral bij trajectbegeleiders, maar hun benadering sluit niet altijd aan bij de noden van patiënten (G. Van Bauwel, persoonlijke communicatie, 26 november 2024).

Volgens Van Bauwel (2024) vormt de korte postoperatieve verblijfsduur (gemiddeld twee dagen) een belemmering voor verpleegkundigen om een vertrouwensband op te bouwen. In het verleden, toen patiënten langer verbleven, werd seksualiteit regelmatig besproken tijdens gezamenlijke wondzorgmomenten waarbij ook de partner betrokken werd (G. Van Bauwel, persoonlijke communicatie, 26 november 2024).

Ondanks het aanbod aan infosessies en seminars, ontbreken praktische protocollen. Verpleegkundigen zijn afhankelijk van eigen initiatief of toevallige training. Zij geven aan belemmeringen te ervaren zoals tijdsdruk, gebrek aan kennis en onzekerheid over hoe het gesprek te starten. De focus ligt op fysiek herstel, waardoor seksualiteit naar de achtergrond verdwijnt. Toch erkennen zij dat veel patiënten, zeker na chirurgie, nood hebben aan gesprekken over veranderd zelfbeeld en intimiteit. Volgens de verpleegkundigen ligt de structurele verantwoordelijkheid bij de trajectbegeleiders en seksuologen, die voor continuïteit en diepgang kunnen zorgen. Deze inzichten werden verzameld tijdens gesprekken met verpleegkundigen op de afdeling met enkele standaardvragen als leidraad (persoonlijke communicatie, 26 november 2024).

Deze gesprekken benadrukken het belang en de moeilijkheden van het bespreekbaar maken van seksualiteit in de praktijk.

1.4 Motivatie

De motivatie voor deze bachelorproef komt voort uit een persoonlijke betrokkenheid bij het verbeteren van de levenskwaliteit van borstkankerpatiënten, met bijzondere aandacht voor psychosociale zorg. In de praktijk blijkt dat seksualiteit vaak een vermeden onderwerp is, ondanks de grote impact ervan op het dagelijks leven van patiënten. Deze confrontatie raakte me diep. Met deze bachelorproef wil ik bijdragen aan het doorbreken van dit taboe en het bevorderen van inclusieve en

open communicatie. Dit door te onderzoeken hoe verpleegkundigen hierin een actieve en ondersteunende rol kunnen opnemen, zodat seksualiteit structureel wordt geïntegreerd in kwaliteitsvolle zorg.

2 Analyse van het probleem aan de hand van kwaliteitscriteria

De bespreekbaarheid van seksualiteit bij borstkankerpatiënten kan geanalyseerd worden aan de hand van kwaliteitscriteria van Van Haecht (2021) in de zorg, die elk een ander aspect van de impact en de rol van verpleegkundigen belichten.

2.1 Patiëntgerichtheid of cliëntgerichtheid

Patiëntgerichtheid of cliëntgerichtheid betekent dat zorg respectvol is en afgestemd wordt op de voorkeuren, behoeften en waarden van de patiënt, waarbij deze centraal staat in alle beslissingen (Van Haecht, 2021).

Seksualiteit maakt integraal deel uit van het welzijn van de mens, ook tijdens en na een kankerbehandeling (World Health Organization, 2019). Patiënten ervaren lichamelijke, emotionele en relationele veranderingen die hun seksuele beleving beïnvloeden. Verpleegkundigen kunnen vanuit hun vertrouwenspositie en regelmatige contactmomenten ruimte creëren voor open en begripvolle gesprekken (Neefs, 2022). Een patiëntgerichte benadering omvat ook thema's die diep verbonden zijn met identiteit, zoals seksualiteit. Door hier actief aandacht aan te besteden, leveren verpleegkundigen holistische zorg waarin de patiënt centraal staat.

Het bespreken van seksualiteit kan een 'mangomoment' zijn: een klein, onverwacht moment van persoonlijke aandacht met grote emotionele betekenis. Zeker omdat seksualiteit een gevoelig en vermeden onderwerp is, kan het bespreekbaar maken ervan de vertrouwensband versterken en het taboe doorbreken. Dit kan diepgaande betekenis hebben voor de patiënt (Vanhaecht, 2018).

Patiëntgerichtheid houdt ook rekening met de partner. Door seksualiteit bespreekbaar te maken, erkent de verpleegkundige de noden van de patiënt, maar ook van diens omgeving. Dit sluit aan bij het principe van Family-Centred Care, waarbij zorgverleners het netwerk actief betrekken.

2.2 Veiligheid

Veiligheid verwijst naar het voorkomen van fouten, complicaties of schade bij de patiënt, die ontstaan door het handelen van zorgverleners of tekortkomingen in het zorgsysteem (Van Haecht, 2021).

Bij borstkanker kunnen behandelingen de seksuele gezondheid negatief beïnvloeden. Wanneer seksualiteit niet besproken wordt, blijven deze problemen vaak niet opgemerkt, wat kan leiden tot depressie, angst, verstoorde lichaamsbeleving en verminderd zelfvertrouwen (Brajkovic et al., 2021). Dit vormt een risico voor het welzijn van de patiënt en ondermijnt veilige zorg.

Vooraf een mastectomie en chemotherapie hebben volgens Brajkovic et al. (2021) een grote impact op seksuele gezondheid, met verlies van intimiteit, emotionele stress, schaamte en gevoelens van isolement als gevolg (Brajkovic et al., 2021). Daarom is het belangrijk om patiënten tijdig te informeren over mogelijke nevenwerkingen en hen preventief te begeleiden. Veiligheid vereist dat verpleegkundigen proactief handelen en gericht doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp zoals een seksuoloog.

Het PLISSIT-model (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) biedt hierbij een bruikbaar kader. In de eerste stap (Permission) normaliseert de zorgverlener seksuele zorgen. In stap twee (Limited Information) krijgen patiënten preventief de nodige informatie en in stap drie (Specific Suggestions) gericht advies. Daarna worden de patiënten tijdig doorverwezen (Intensive Therapy) naar gespecialiseerde hulp voor complexe problemen (Faghani et al., 2016).

Wanneer verpleegkundigen seksualiteit bespreekbaar maken, creëren ze een veilige omgeving waarin deze en andere thema's tijdig herkend en aangepakt worden. Dit voorkomt verdere psychische of relationele schade en draagt bij aan veilige, kwaliteitsvolle zorg.

2.3 Efficiëntie

Efficiëntie betreft het gebruik van beschikbare middelen, zoals personeel en geld op een manier waarbij er zoveel mogelijk resultaten meer bereikt worden, zonder verspilling (Van Haecht, 2021).

Een efficiënte aanpak houdt in dat verpleegkundigen nevenwerkingen van behandelingen tijdig signaleren. Hierdoor kunnen patiënten sneller passende zorg krijgen, wat langdurige zorgtrajecten, extra kosten en onnodige belasting voor zowel patiënt als zorgorganisaties voorkomt. Het onderzoek van Brajkovic et al. (2021) benadrukt dat efficiënte zorg betekent dat patiënten snel toegang hebben tot de juiste zorg (Brajkovic et al., 2021).

Daarnaast verhoogt het opleiden van verpleegkundigen om seksualiteit bespreekbaar te maken de efficiëntie van de zorg. Minder patiënten moeten dan doorverwezen worden naar gespecialiseerde hulp, waardoor deze middelen gericht ingezet kunnen worden.

In de praktijk ontbreekt er een systematische aanpak (G. Van Bauwel, persoonlijke communicatie, 26 november 2024). Het gebrek aan protocollen leidt tot reactief handelen en inconsistentie in de zorg. Hierdoor gaat kostbare tijd verloren, stijgt de werkdruk voor verpleegkundigen en blijven de noden van patiënten onopgemerkt, wat de efficiëntie ondermijnt. Een preventieve, goed georganiseerde aanpak waarin seksualiteit structureel opgenomen wordt in de zorg draagt bij aan efficiënte, kwaliteitsvolle zorg.

2.4 Effectiviteit

Effectiviteit houdt in dat zorg gebaseerd moet zijn op wetenschappelijke kennis, aangeboden aan wie er baat bij heeft en vermeden bij wie er geen nood aan heeft (Van Haecht, 2021).

Effectieve zorg rond seksualiteit bij borstkankerpatiënten vraagt om wetenschappelijk onderbouwde interventies, zoals lichaamsbeeldtherapie, psychologische begeleiding en partnerondersteuning. Deze blijken uit onderzoek van Brajkovic et al. (2021) effectief in het verbeteren van zelfvertrouwen en de seksuele gezondheid na behandelingen zoals mastectomie en chemotherapie (Brajkovic et al., 2021). Het inzetten van zulke interventies verhoogt de kwaliteit van leven, mits ze doelgericht worden toegepast bij patiënten met een concrete hulpvraag. Zo wordt onnodige zorg en overbehandeling vermeden.

Voor effectiviteit is het cruciaal dat verpleegkundigen opgeleid zijn in evidence-based methoden. Het gebrek hieraan vermindert de doeltreffendheid van de zorg. Het PLISSIT-model is een voorbeeld van effectieve aanpak, maar blijft in de praktijk vaak niet toegepast (Faghani et al., 2016).

Het onderscheid tussen de kwaliteitscriteria efficiëntie en effectiviteit is essentieel. Efficiëntie draait om 'de dingen goed doen': middelen zoals tijd, personeel en budgetten optimaal inzetten zonder

verspilling. Effectiviteit focust op 'de goede dingen doen': interventies aanbieden die wetenschappelijk onderbouwd zijn en werkelijk bijdragen aan de verbetering van seksuele gezondheid (P. Verrando, persoonlijke communicatie, 14 maart 2025). Kwalitatieve zorg combineert beide aspecten en zorgt zo voor zorg die zowel efficiënt als effectief is.

2.5 Tijdigheid en toegankelijkheid

Tijdigheid en toegankelijkheid verwijzen naar het op tijd en zonder drempels toegang hebben tot het zorgsysteem. Het kan gaan over kosten, wachtlijsten, beschikbaarheid personeel, reistijden, materiaal en keuzevrijheid (Van Haecht, 2021).

In de oncologische zorg is het cruciaal dat patiënten snel toegang hebben tot psychosociale ondersteuning rondom seksualiteit, vooral gezien de kwetsbare fase waarin ze zich bevinden. Tijdgebrek bij zorgverleners zorgt ervoor dat gesprekken over seksualiteit vaak uitgesteld worden, wat het probleem verergert. Reese et al. (2017) benadrukken dat dit uitstelgedrag kan leiden tot langdurige seksuele disfuncties en negatieve gevolgen voor relaties en kwaliteit van leven. Ze voegen hieraan toe dat, ondanks de veelbelovende interventies die de communicatie zouden verbeteren, de tijdsdruk van verpleegkundigen niet vermindert (Reese et al., 2017).

Borstkankerpatiënten moeten tijdig worden geïnformeerd over de gevolgen van behandelingen op hun seksualiteit. Dit helpt hen de gevolgen beter in te schatten en alternatieven te overwegen, alsook kan het gevolgen zoals een verstoord lichaamsbeeld of verminderde zelfwaardering voorkomen (Brajkovic et al., 2021; Flynn et al., 2011). Het is ook belangrijk dat er toegankelijke informatievoorzieningen beschikbaar zijn voor borstkankerpatiënten, waar ze eventuele kennis tekorten zelfstandig kunnen verminderen.

Daarnaast is toegang tot gespecialiseerde zorg zoals seksuologische begeleiding essentieel om angst- en depressieklachten te verminderen (Brajkovic et al., 2021). Toch blijft gespecialiseerde zorg in België vaak beperkt door beschikbaarheid en kosten, wat de toegankelijkheid verkleint. Patiënten mogen niet belemmerd worden door financiële uitdagingen om toegang te krijgen tot kwaliteitsvolle zorg (Neefs, 2022).

Verder bemoeilijken factoren zoals reiskosten, lange wachttijden en beperkte terugbetaling de toegang tot zorg voor borstkankerpatiënten (Brajkovic et al., 2021). Het is noodzakelijk dat seksuele gezondheidszorg toegankelijk is voor iedereen, ongeacht locatie of financiële middelen.

Tot slot moeten verpleegkundigen rekening houden met sociale toegankelijkheid. Kwetsbare patiënten, zoals sociaal minderbedeelden, moeten zonder vooroordelen benaderd worden, ongeacht cultuur of sociale achtergrond. Zorg rondom seksualiteit moet cultureel sensitief zijn, gezien de diverse omgang met seksualiteit binnen verschillende culturen (Brajkovic et al., 2021).

2.6 Gelijkheid

Gelijkheid betekent dat bepaalde patiëntengroepen niet mogen worden achtergesteld. Het verwijst naar eerlijke zorg, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt in persoonlijke karakteristieken (Van Haecht, 2021).

Alle borstkankerpatiënten hebben recht op gelijke zorg, ongeacht etniciteit, socio-economische status, seksuele geaardheid of achtergrond. Verpleegkundigen spelen hierin een sleutelrol door seksualiteit bespreekbaar te maken zonder oordeel of uitsluiting. Dit vereist een onvoorwaardelijke

acceptatie en aandacht voor diversiteit. Patiënten ervaren dan ook meer gelijkheid wanneer zorgverleners open gesprekken aangaan, ongeacht seksuele voorkeuren of genderidentiteit (Brajkovic et al., 2021).

Brajkovic et al. (2021) wijst uit dat vrouwen met een lagere sociaaleconomische status of uit minderheidsgroepen vaak minder toegang hebben tot noodzakelijke ondersteuning en zorg. Dit kan leiden tot psychosociale problemen zoals angst en depressie. Bovendien kunnen borstkankerpatiënten in verschillende leeftijdsgroepen verschillende behoeften hebben. De huidige protocollen en richtlijnen houden hier onvoldoende rekening mee (Brajkovic et al., 2021).

Daarnaast hebben culturele verschillen invloed op de ondersteuning die verpleegkundigen bieden. Brajkovic et al. (2021) toont aan dat verpleegkundigen zich vaak niet bewust zijn van de culturele en sociale achtergronden van hun patiënten, wat resulteert in zorg die niet aansluit bij de behoeften van de patiënt. Niet-westerse patiënten bijvoorbeeld ervaren vaker drempels door culturele taboes (Brajkovic et al., 2021).

2.7 Duurzaamheid

Duurzaamheid verwijst naar het ecologische aspect, maar ook in bredere zin naar structurele kwaliteitsverbetering op lange termijn (Van Haecht, 2021). In de context van borstkankerzorg betekent duurzaamheid het implementeren van interventies die zorgen voor blijvende gedragsverandering en voortdurende kennisoverdracht tussen zorgverleners. Het is cruciaal om zorg voor seksualiteit systematisch te integreren in zorgpaden voor borstkankerpatiënten.

Ten eerste zijn vroege educatie over seksuele veranderingen en het aanbieden van oplossingen essentiële interventies. Het vroegtijdig bespreken van seksualiteit als vast onderdeel van de zorg speelt hierbij een sleutelrol. Seksualiteit systematisch opnemen in zorgpaden bevordert duurzaamheid. Elektronische dossiers en digitale tools, verminderen papiergebruik en verbeteren de informatiedeling tussen zorgverleners (Brajkovic et al., 2021).

Tools zoals de Sexual Quality of Life- Female (SQOL-F) schaal en de Female Sexual Function Index (FSFI), gevalideerd voor borstkankerpatiënten (FSFI-BC), helpen verpleegkundigen seksuele veranderingen objectief te meten. Deze tweede schaal is beschikbaar in verschillende talen inclusief het Nederlands (Bartula et al., 2015; Rosen, 2011).

Ten tweede vraagt duurzame zorg om goed opgeleide verpleegkundigen. Training in modellen zoals PLISSIT, BLISS en BETTER verhoogt het vertrouwen en de kwaliteit van gesprekken over seksualiteit.

Het BLISS- model biedt een gestructureerde aanpak om seksualiteit bespreekbaar te maken, met vijf stappen: het onderwerp op een gepaste manier aankaarten (Bring up the topic in an appropriate way), actief luisteren naar de persoonlijke ervaringen (Listen actively to the individual), emotionele ondersteuning bieden (Support the individual), communicatie tussen partners stimuleren (Stimulate the communication between partners) en gepersonaliseerd advies geven of een eventuele doorverwijzing aanbieden (Suggest advice and referral). Door deze stapsgewijze aanpak ontstaat ruimte voor een open en empathische gesprek, afgestemd op de behoeften van patiënt en partner (de Vocht, s.a.).

Het BETTER-model helpt verpleegkundigen om seksualiteit bespreekbaar te maken en seksuele problemen te evalueren. Het model is effectief in het verbeteren van seksuele functies, het verminderen van seksuele stress en het verbeteren van de kwaliteit van leven van

borstkankerpatiënten. De afkorting staat voor de verschillende stappen: het onderwerp ter sprake brengen (Bring up the topic), uitleggen dat seksualiteit een deel is van levenskwaliteit (Explain), vertellen dat er hulpbronnen beschikbaar zijn (Tell), het juiste moment kiezen (Timing), informatie geven over mogelijke nevenwerkingen van behandelingen (Educate) en noteren dat het gesprek heeft plaatsgevonden (Record and Refer) (Olcer & Oskay, 2021).

Het PLISSIT-model richt zich voornamelijk op het informeren en adviseren van de patiënt. Het BLISS- en BETTER- model leggen meer nadruk op empathische communicatie, het erkennen van de persoonlijke beleving en het versterken van de relatie tussen patiënt en partner. Deze modellen vullen elkaar aan en kunnen afhankelijk van de situatie gecombineerd worden ingezet (Faghani et al., 2016 ; de Vocht, s.a. ; Olcer & Oskay, 2021).

Daarnaast draagt het vroegtijdig opnemen van seksualiteit in opleidingen en het aanbieden van regelmatige bijscholing bij aan de duurzame competentieontwikkeling van verpleegkundigen.

Ten derde is partnerondersteuning essentieel. Het betrekken van partners via educatieve programma's versterkt zowel de emotionele als seksuele gezondheid van patiënten (Brajkovic et al., 2021). Dit bevordert duurzame zorg waarin ook het sociale netwerk van de patiënt wordt meegenomen.

2.8 Het centrale kwaliteitscriterium

Uit de analyse blijkt dat patiëntgerichtheid het centrale kwaliteitscriterium is binnen de probleemstelling. Er is nog veel ruimte voor verbetering in hoe verpleegkundigen hun zorg afstemmen op de noden en wensen van patiënten. Dit vraagt om het bespreekbaar maken van seksualiteit op een open, empathische en sensitieve manier, waarbij de patiënt actief wordt betrokken, samen met de partner. Verpleegkundigen moeten hierin getraind worden om zulke gesprekken respectvol en met inlevingsvermogen te voeren. Door actief in te zetten op patiëntgerichtheid verbetert niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de tevredenheid van de patiënt.

3 Doelstelling o.b.v. de kwaliteitsanalyse en onderzoeksvraag

3.1 Doelstelling

Door middel van een literatuurstudie op basis van minstens zes kwaliteitsvolle, relevante bronnen formuleert deze bachelorproef evidence-based aanbevelingen voor oncologieverpleegkundigen om seksualiteit bij borstkankerpatiënten bespreekbaar te maken. De focus ligt op communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners, met bijzondere aandacht voor psychosociale zorg. Modellen zoals PLISSIT dienen hierbij als leidraad. Het doel is het doorbreken van het taboe rond seksualiteit en het bieden van concrete handvaten die de zorgkwaliteit structureel verbeteren.

3.2 Concrete onderzoeksvraag

Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners?

4 Literatuurstudie

4.1 Werkwijze literatuurstudie

De belangrijkste thema's van deze bachelorproef zijn seksuele gezondheid, borstkanker, interventies, communicatie en verpleegkundigen.

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van specifieke MeSH-zoektermen. Binnen het thema seksuele gezondheid werden onder andere "sexual health", "sexual function" en "sexuality" gebruikt. Voor borstkanker werd gezocht met "breast cancer", "breast neoplasm", "breast tumor", "female" en "cancer". Interventies werden benaderd via "interventions" en "psychological interventions". Communicatie werd onderzocht met termen zoals "communication strategies", "communication tools" en "patient-provider communication" onderzocht. Voor het thema verpleegkundigen werd gezocht met "nurses", "healthcare providers" en "oncology nurses".

De databanken waarin gezocht werd zijn Cinahl, PubMed (Medline) en ESMO. De zoekperiode liep van 30 november 2024 tot en met 10 februari 2025. Inclusiecriteria waren onder andere actualiteit (publicaties uit 2019-2025), relevantie op basis van titel en abstract, toepasbaarheid van de PICO-structuur en een duidelijke focus op interventies en aanbevelingen ter bevordering van seksuele gezondheid. Er werd bovendien de voorkeur gegeven aan studies van het type (systematic) review of meta-analyse.

4.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Op basis van deze vastgelegde selectiecriteria werden zes relevante studies geïncludeerd na volledige lezing en beoordeling. De eerste studie werd gevonden via Cinahl met de zoektermen "sexual health" AND "breast cancer", gefilterd op publicatie tussen 2019 en 2025. Het artikel van Xu et al. (2023) werd geselecteerd op basis van de relevantie voor de onderzoeksvraag. Een tweede studie, eveneens via Cinahl met dezelfde zoektermen en filters, betrof het artikel van Pimsen et al. (2024), dat werd opgenomen na beoordeling van titel en abstract.

De derde studie werd geïdentificeerd via PubMed met de zoektermen "sexual health", "female" en "cancer". De filters werden ingesteld op publicatiejaar (2019-2025) en type studie (systematic reviews, meta-analyses en reviews). Het artikel van Arring et al. (2023) voldeed aan alle inclusiecriteria. De vierde studie werd eveneens via PubMed gevonden met "sexuality" en "communication tools" als zoektermen, onder dezelfde filterinstellingen. Op basis van relevantie werd het artikel van Arends et al. (2024) geselecteerd.

Een vijfde studie kwam voort uit een PubMed-zoekopdracht met "sexual health" en "communication". Het artikel van Kelder et al. (2022) werd opgenomen op basis van inhoudelijke aansluiting bij de onderzoeksvraag.

Tot slot werd de zesde studie gevonden via PubMed met de zoektermen "sexual health", "professionals" en "interventions", beperkt tot publicaties tussen 2020 en 2025 en tot systematische reviews, meta-analyses en reviews. Het artikel van Albers et al. (2020) werd geïncludeerd na screening van titel en abstract.

4.3 Gen AI

Voor mijn bachelorproef heb ik gebruikgemaakt van Gen AI, met name ChatGPT-4o (OpenAI, 2024), op verschillende manieren. Ik heb mijn geschreven tekst laten nakijken op spelling, grammatica, structuur en inhoud. Hierbij heb ik steeds kritisch beoordeeld welke aanpassingen nodig waren en welke niet. Daarnaast heb ik ChatGPT-4o gebruikt om bepaalde stukken korter te verwoorden of samen te vatten. Ik ben steeds nagegaan of de informatie die ChatGPT-4o naar voren bracht betrouwbaar was of niet.

Bij het zoeken naar relevante artikelen heeft ChatGPT-4o suggesties gegeven voor zoektermen, wat hielp bij het vinden van geschikte bronnen. Nadat ik artikelen had geselecteerd en beoordeeld, heb ik ze door ChatGPT-4o laten nakijken en verbeteren waar nodig. Ik ben echter steeds kritisch gebleven en heb alle gegenereerde suggesties zelf beoordeeld en aangepast waar nodig.

5 Literatuurselectie

Zie bijlage 1.

6 Antwoord op onderzoeksvraag

In dit deel wordt een antwoord geformuleerd op de centrale onderzoeksvraag van deze bachelorproef. Eerst wordt het belang van communicatie besproken met aandacht voor de communicatieve praktijken en uitdagingen. Vervolgens worden evidence-based interventies toegelicht die verpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit.

6.1 Communicatie en verwachtingen

6.1.1 Belang van communicatie

Communicatie over seksualiteit is een essentieel onderdeel van oncologische zorg, omdat seksuele problemen bij kankerpatiënten vaak voorkomen, ongeacht leeftijd, geslacht of type kanker. Borstkanker patiënten ondervinden seksuele klachten door behandelingen, met zowel lichamelijke als psychologische gevolgen. Deze klachten beginnen vaak vroeg in het behandeltraject en kunnen jarenlang aanhouden, wat de levenskwaliteit sterk onder druk zet (Albers et al., 2020; Pimsen et al., 2024). De kans is daardoor groot dat alle oncologische zorgverleners onvermijdelijk geconfronteerd met deze problematiek (Albers et al., 2020).

Patiënten geven aan nood te hebben aan duidelijke en eerlijke informatie over veranderingen in seksualiteit en intimiteit (Arends et al., 2024). Tijdige communicatie stelt verpleegkundigen in staat om seksuele problemen vroeg te signaleren en gepaste ondersteuning of doorverwijzing te bieden, wat cruciaal is voor patiëntgerichte zorg en levenskwaliteit (Arends et al., 2024; Xu et al., 2023).

Toch blijft het gesprek over seksualiteit vaak uit. Ondanks erkenning van het belang, ervaren zorgverleners tal van belemmeringen (Kelder et al., 2022). Slechts 21% van hen bespreekt seksuele gezondheid regelmatig (Pimsen et al., 2024). Vooral vrouwelijke patiënten worden hierin tekortgedaan. Slechts 28% ontving informatie over seksuele nevenwerkingen, tegenover de 60% van de mannen. Bij borstkankerpatiënten kreeg slechts 20% gerichte informatie en minder dan de helft van de vrouwen met vaginale klachten werd ooit doorverwezen (Arring et al., 2023). Deze cijfers tonen

een structureel te kort in de seksuele gezondheidszorg en benadrukken de nood aan verandering, zeker voor borstkankerpatiënten (Pimsen et al., 2024).

Wanneer seksualiteit onbesproken blijft, vergroot dat het risico op psychische klachten, relationele spanningen en gevoelens van isolement. Bespreekbaarheid daarentegen vermindert angst, stress en vergroot het gevoel van controle (Pimsen et al., 2024; Arends et al., 2024).

6.1.2 Communicatieve praktijken en uitdagingen

Communicatieve praktijken spelen een cruciale rol in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten. Volgens Kelder et al. (2022) beïnvloedt taalgebruik sterk de gesprekken over seksuele gezondheid verlopen. Taal fungeert hierbij als middel om problemen te benoemen, hulp te vragen of advies te geven. De effectiviteit van een gesprek hangt af van de opbouw van gespreksbeurten, woordkeuze, intonatie en pauzes (Kelder et al., 2022).

Kelder et al. (2022) onderscheiden zeven communicatiepraktijken die gesprekken over seksualiteit beïnvloeden. Ten eerste vermijden zowel zorgverleners als patiënten vaak gevoelige termen zoals “vagina” en kiezen voor neutrale, algemene bewoording om het gesprek toegankelijker te maken. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat een verpleegkundige tegen een patiënt zegt: “Als we praten over de gevolgen van de behandeling voor je lichaam, kunnen we het hebben over je intieme zone.” Daarnaast worden pronominaal verwijzingen zoals ‘het’ en ‘dat’ gebruikt wanneer de gevoelige onderwerpen eerder al geïntroduceerd zijn. Hoewel dit ruimte geeft aan de patiënt om zelf hun terminologie te kiezen, kan het volledig vermijden van termen de gevoeligheid van het onderwerp net versterken (Kelder et al., 2022).

Ten tweede wordt seksuele gezondheid vaak uitgesteld besproken. Pauzes, aarzelingen, lachen of zelfcorrecties tonen respect voor de gevoeligheid, maar kunnen ook leiden tot uitstel of het vermijden van het thema (Kelder et al., 2022). Een voorbeeldzin is: “Het onderwerp van seksualiteit is misschien moeilijk om over te praten en hoeven we niet meteen te bespreken, maar weet dat het belangrijk is dat je je hierover kunt uitspreken als je dat wilt.”

Een derde valkuil is veronderstellend taalgebruik, zoals “Seksualiteit zal moeilijk voor je zijn na de behandeling”. Dit soort uitspraken kan ongemakkelijk zijn als ze niet aansluiten bij de ervaring van de patiënt. Wanneer zorgverleners veronderstellingen maken, kan dit leiden tot irrelevante, genegeerde adviezen. Een betere aanpak is om open te vragen: “Hoe voel jij je zelf over je seksualiteit na de behandeling? Zijn er dingen waar je je zorgen over maakt?” Gegeneraliseerd advies mist aansluiting bij de noden van de patiënt (Kelder et al., 2022).

Daarentegen kan het oppikken van wat de patiënt zegt, helpen om het gesprek op een natuurlijke manier te openen. Als een patiënt zegt: “Ik weet niet zeker of ik met mijn partner daar nog over kan spreken”, kan de verpleegkundige daarop reageren met: “Wat maakt het voor jou lastig om daarover te praten?” Door deze benadering, met gerichte vragen kan de zorgverlener beter inspelen op de beleving van de patiënt. Het stellen van veel vragen kan echter tijdrovend zijn en kan bij patiënten het gevoel opwekken dat ze onder druk worden gezet, vooral wanneer ze terughoudend zijn over het onderwerp (Kelder et al., 2022).

Een vijfde praktijk is het overnemen van terminologie en voornaamwoorden van de patiënt. Dit maakt het gesprek herkenbaar en toegankelijker (Kelder et al., 2022). Als een patiënt bijvoorbeeld zegt “mijn lichaam na de operatie” en de verpleegkundige herhaalt dit door te zeggen: “Je maakt je zorgen over de veranderingen van jouw lichaam na de operatie. Kun je me meer vertellen over wat je voelt?”

Depersonalisatie vormt de zesde praktijk. Hierbij wordt het onderwerp indirect benaderd om de drempel te verlagen zonder naar de persoon zelf te verwijzen, bijvoorbeeld met “Sommige mensen ervaren veranderingen in hun seksualiteit door de behandeling, terwijl anderen daar minder last van hebben.” Dit laat ruimte voor herkenning zonder dat de patiënt zich persoonlijk aangesproken voelt. Deze benadering wordt als professioneel en respectvol ervaren (Kelder et al., 2022).

Tot slot blijken patiënten die zelf het onderwerp aansnijden zich beter te kunnen uitdrukken en ontvankelijker voor advies. Een voorbeeld: “Ik maak me zorgen over mijn relatie, hoe moet ik dit bespreken met mijn partner?” De verpleegkundige kan dan antwoorden: “Het is heel begrijpelijk dat je hierover nadenkt. Wat zou voor jou een manier zijn om dat gesprek te beginnen?” Deze benadering stelt zorgverleners in staat om effectiever advies te bieden (Kelder et al., 2022).

6.1.3 Verwachtingen patiënten en verpleegkundigen

Patiënten en zorgverleners hebben vaak uiteenlopende verwachtingen bij het bespreken van seksualiteit, wat kan leiden tot misverstanden en gemiste kansen. Patiënten vinden seksuele gezondheid belangrijk binnen de totale levenskwaliteit, terwijl zorgverleners zich vaker richten op biomedische aspecten (Pimsen et al., 2024). Xu et al. (2023) toont aan dat 75% van de vrouwen met borstkanker seksuele gezondheidsinterventies belangrijk vindt, maar minder dan de helft krijgt hierover informatie van hun zorgverleners. Dit wijst op een kloof tussen wat patiënten verwachten en wat zorgverleners aanbieden (Xu et al., 2023).

De meeste verpleegkundigen beschouwen seksuele gezondheidszorg als hun verantwoordelijkheid en geloven dat zij het gesprek moeten initiëren (Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024). Toch aarzelen ze vaak om het gesprek aan te gaan, deels door onzekerheid over hoe het onderwerp het beste te benaderen of door angst de patiënt te kwetsen. Dit wijst op een dringende behoefte aan training en richtlijnen om verpleegkundigen meer vertrouwen en praktische handvaten te geven bij het voeren van deze gesprekken (Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024; Arring et al., 2023; Arends et al., 2024; Kelder et al., 2022; Albers et al., 2020).

Verpleegkundigen zijn bovendien bij uitstek geschikt om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken dankzij hun toegankelijkheid en dagelijkse contact met patiënten. Ze spelen een cruciale rol in het initiëren van gesprekken, het verstrekken van informatie en het bieden van vertrouwelijke ondersteuning. Het is daarom essentieel dat verpleegkundigen structureel ondersteund worden om deze rol met vertrouwen te kunnen op nemen en te voldoen aan de verwachtingen (Pimsen et al., 2024).

6.1.4 Barrières die verpleegkundigen ervaren

Verpleegkundigen ervaren verschillende barrières bij het bespreken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, zowel op patiënt-, communicatie- als organisatieniveau. Zie bijlage 2.

Op patiënten niveau ondervinden zorgverleners vaak barrières door de leeftijd van patiënten, waarbij 36,2% tot 50,6% van de zorgverleners het als een obstakel ziet (Pimsen et al., 2024). Oudere patiënten of patiënten met vergevorderde kanker worden vaak gezien als patiënten zonder seksuele noden of er wordt gedacht dat ze zich schamen om hierover te praten (Arends et al., 2024; Arring et al., 2023). Daarnaast noemt 22,6% tot 24,5% van de zorgverleners culturele of taalbarrières als belemmerend (Pimsen et al., 2024; Kelder et al., 2022).

Communicatief ervaren zorgverleners vooral moeilijkheden doordat patiënten zelf vaak terughoudend zijn, wat door 13,1% tot 71,8% van de zorgverleners als belemmering wordt ervaren (Pimsen et al., 2024). Tegelijk aarzelen verpleegkundigen zelf uit angst om te kwetsen of door gebrek

aan zelfvertrouwen, vooral bij chronisch zieke patiënten (Arring et al., 2023; Kelder et al., 2022). Beide partijen ervaren dus ongemak bij het bespreken van seksualiteit. Patiënten voelen bovendien de terughoudendheid van zorgverleners. Dit wederzijds gevoel belemmert open communicatie (Arring et al., 2023).

Ook structurele factoren spelen mee. Tijdsgebrek wordt door 23,9% tot 61,6% van de zorgverleners als probleem gezien (Pimsen et al., 2024). Het wordt vaak als tijdrovend gezien om seksuele gezondheidsgesprekken in een standaardconsult in te passen (Arring et al., 2023; Xu et al., 2023; Arends et al., 2024). Ook een gebrek aan privacy wordt genoemd door Arends et al. (2024), terwijl onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor deze gesprekken door 2,6% tot 25,9% van de zorgverleners als belemmering wordt ervaren (Pimsen et al., 2024; Arends et al., 2024).

Een tekort aan kennis vormt een belangrijke barrière. 19,3% tot 46% van de zorgverleners voelt zich onvoldoende opgeleid op het vlak van seksuele gezondheid (Pimsen et al., 2024). Dit omvat onvoldoende kennis over seksuele zorg, een gebrek aan gerichte opleiding en het niet herkennen van de seksuele behoeften van patiënten (Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024; Arring et al., 2023; Arends et al., 2024; Kelder et al., 2022; Albers et al., 2020). Dit leidt tot onzekerheid, het niet erkennen van behoeften en het vermijden van gesprekken.

Bovendien ontbreekt zowel in onderwijs- als klinische settings gerichte training in hoe dit gevoelige thema op een passende manier besproken kan worden (Pimsen et al., 2024; Kelder et al., 2022). Zorgverleners vinden het moeilijk om geschikte communicatietools te kiezen, mede door de veelheid aan beschikbare modellen en de beperkte kennis over hun effectiviteit (Arends et al., 2024).

Toch zijn er ook bevorderende factoren. Volgens Pimsen et al. (2024) helpen seksuele kennis en zorgvaardigheden om communicatie te verbeteren. Daarnaast speelt het bewust erkennen van de seksuele noden van patiënten een cruciale rol. Wanneer zorgverleners deze behoeften begrijpen, kunnen ze gericht inspelen op wat voor de patiënt belangrijk is (Pimsen et al., 2024).

6.2 Evidence-based interventies

6.2.1 Interventies voor verpleegkundigen: training en educatie

Verpleegkundigen geven duidelijk aan nood te hebben aan meer educatie over seksualiteit in de zorg. Tussen de 7% en 40,3% geeft aan over onvoldoende kennis te beschikken, terwijl 44,3% tot 78,6% aangeeft extra bijscholing te wensen. Bovendien vindt 79,6% de huidige opleiding over seksuele gezondheid ontoereikend (Pimsen et al., 2024). Gerichte educatie is essentieel om verpleegkundigen te versterken en de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren (Xu et al., 2023; Kelder et al., 2022).

Pimsen et al. (2024) omschrijven drie verwachtingen voor dergelijke opleidingen: aansluiting bij leerbehoeften, afwisseling in werkvormen (online of face-to-face) en een toegankelijk, beknopt opzet. Vooral communicatievaardigheden en reflectie op eigen stijl en drempels zijn belangrijk (Pimsen et al., 2024; Kelder et al., 2022). Praktijkgerichte training en feedback verhogen het zelfvertrouwen en de sensitiviteit van verpleegkundigen (Kelder et al., 2022).

Albers et al. (2020) toont aan dat educatie zowel kennis als praktijkgedrag verbetert. Interventies met lezingen, rollenspellen en groepsdiscussies leidden tot meer vertrouwen, frequentere gesprekken en betere doorverwijzing door oncologische zorgverleners. Ook verminderde barrières zoals tijdsgebrek, schaamte en gebrek aan privacy. Vooral interactieve, herhaalde face-to-face sessies en

vaardigheidsgerichte trainingen zoals rollenspellen in een veilige leeromgeving bleken bijzonder doeltreffend (Albers et al., 2020).

Tijdsdruk blijft een drempel voor zorgverleners om trainingen te volgen. Toch toont Albers et al. (2020) aan dat zelfs korte sessies van 30 tot 45 minuten na zes maanden al een merkbaar effect hebben, wat wijst op het realistische en haalbare karakter van compacte trainingsvormen. Ze tonen ook aan dat een combinatie van educatieve technieken een groter effect heeft op lange termijn dan het gebruik van één enkele methode (Albers et al., 2020).

Een innovatief voorbeeld van een efficiënte aanpak is de technologie gebaseerde interventie waarbij een educatieve workshop werd vertaald naar een podcastserie voor oncologische zorgverleners. De flexibiliteit om het materiaal zelfstandig en op eigen tempo door te nemen maakt brede implementatie mogelijk en vergroot het bereik van deze educatie (Arring et al., 2023).

6.2.2 Interventies voor verpleegkundigen: aanbevelingen met betrekking tot communicatieve praktijken

Effectieve communicatie over seksualiteit vraagt van verpleegkundigen een zorgvuldige balans tussen sensitiviteit en openheid. Volgens Kelder et al. (2022) hanteren zorgverleners uiteenlopende communicatiestrategieën, variërend van uitstel en vermindering tot responsieve, uitnodigende gesprekstechnieken. Hoewel het onderwerp vaak als delicaat wordt ervaren, toont hun onderzoek aan dat er wel degelijk manieren bestaan om het bespreekbaar te maken zonder patiënten onder druk te zetten of te vervreemden (Kelder et al., 2022).

Drie centrale doelen zijn richtinggevend in de communicatie over seksuele gezondheid: het omgaan met gevoeligheid, het verhogen van responsiviteit en het vermijden van aannames. Om de gevoeligheid van het onderwerp te respecteren, gebruiken zorgverleners bijvoorbeeld neutrale of algemene taal, of stellen ze het gesprek uit tot er een vertrouwensband is opgebouwd. Ook depersonalisatie kan helpen om de drempel te verlagen. Deze strategieën kunnen zinvol zijn, mits ze niet leiden tot volledige vermindering van het gesprek (Kelder et al., 2022).

Responsieve communicatie is essentieel om patiënten actief te betrekken. Dit gebeurt door vooraf informatie in te winnen over de patiënt, stiltes toe te laten, open vragen te stellen en de woordkeuze van de patiënt subtiel te spiegelen. Wanneer zorgverleners luisteren zonder meteen advies te bieden, voelen patiënten zich veiliger en meer erkend. Advies geven is vooral effectief wanneer de patiënt er expliciet om vraagt en afgestemd kan worden op de persoonlijke situatie van de patiënt (Kelder et al., 2022).

Een belangrijk aandachtspunt is het vermijden van suggestieve aannames over wat als normaal seksueel gedrag wordt gezien. Zorgverleners moeten alert zijn op impliciete oordelen of generalisaties, die het gesprek kunnen blokkeren. Seksualiteit is immers sterk individueel bepaald. Gepersonaliseerde communicatie en advies op maat verhogen de relevantie van het gesprek (Kelder et al., 2022).

6.2.3 Interventies voor verpleegkundigen: communicatie tools

Om seksualiteit bespreekbaar te maken bij borstkankerpatiënten, zijn specifieke communicatietools ontwikkeld die verpleegkundigen ondersteunen in het voeren van empathische en patiëntgerichte gesprekken. Tools zoals PLISSIT, EX-PLISSIT, BETTER en EASSi bieden hierbij een gestructureerd kader. Ze verlagen de drempel voor zowel zorgverleners als patiënten om seksualiteit te bespreken en bevorderen respectvolle, toegankelijke communicatie (Arends et al., 2024).

Volgens Arends et al. (2024) zijn deze tools haalbaar en praktisch in de praktijk. Hun effectiviteit blijkt uit verbetering in seksueel functioneren, relatiekwaliteit, psychisch welzijn, communicatiegedrag en levenskwaliteit. Het PLISSIT-model springt eruit als meest onderzochte en bewezen effectieve tool (Zie bijlage 3). Door zijn brede toepasbaarheid en gebruiksgemak werd het model het vaakst toegepast en leverde het in verschillende contexten positieve uitkomsten op (Arends et al., 2024).

Ondanks de positieve effecten van communicatietools ervaren zorgverleners soms moeilijkheden bij het kiezen van de meest geschikte tool, mede door de verscheidenheid aan beschikbare modellen. De frequentie waarmee een tool effectief bleek in eerder onderzoek kan daarbij als keuzecriterium dienen (Arends et al., 2024).

6.2.4 Interventies voor patiënten

Het is essentieel dat verpleegkundigen goed geïnformeerd zijn over de beschikbare interventies om seksuele gezondheid effectief te kunnen bespreken en de juiste zorgen te kunnen bieden. Verschillende patiëntgerichte interventies kunnen worden ingezet om deze zorg te verbeteren, variërend van educatie en psychologische ondersteuning tot fysieke behandelingen (Albers et al., 2020; Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024; Kelder et al., 2022; Arring et al., 2023; Arends et al., 2024).

Een laagdrempelige eerste stap bestaat uit het aanbieden van educatieve hulpmiddelen, zoals video's, digitale tools of werkboeken door verpleegkundigen. Deze materialen helpen borstkankerpatiënten om inzicht te krijgen in seksuele gezondheid en versterken hun zelfvertrouwen om seksuele zorgen te bespreken. Ze vormen een waardevolle aanvulling op het persoonlijk gesprek met de verpleegkundige en maken het onderwerp toegankelijker (Arring et al., 2023).

Lichamelijke gevolgen van behandelingen, zoals vaginale droogheid, verlies aan elasticiteit of pijn, vragen om gerichte ondersteuning. Verpleegkundigen kunnen niet-hormonale middelen adviseren, zoals glijmiddelen, hyaluronzuur- of polycarbophil-gebaseerde crèmes. Deze producten verbeteren het comfort van het vaginale epitheel, de elasticiteit en het vochtbehoud en vormen een eerstelijnsbehandeling, met merkbare resultaten na twaalf weken bij consequent gebruik (Arring et al., 2023). Lidocaïne 4% kan lokaal worden toegepast bij pijnklachten tijdens het vrijen. Hoewel de weefselgezondheid hierbij niet verbetert, neemt de pijn vaak wel af. Indien deze behandelingen onvoldoende effect hebben, kunnen hormonale therapieën, zoals oestrogeen, testosteron en DHEA overwogen worden, maar enkel na een medische risicoanalyse. De verpleegkundige vervult hierbij een begeleidende en informerende rol. Andere interventies, zoals lasertherapie, blijken weinig effectief bij vulvovaginale atrofie en worden daarom afgeraden (Arring et al., 2023).

Naast fysieke klachten ervaren veel borstkankerpatiënten ook een verminderd seksueel verlangen, vaak multifactorieel bepaald en moeilijk te behandelen. Hoewel er middelen bestaan zoals flibanserine en bremelanotide voor premenopauzale vrouwen, is hun effectiviteit beperkt en vormen kosten een barrière. Verpleegkundigen kunnen daarom beter inzetten op niet-medicamenteuze ondersteuning (Arring et al., 2023).

Een negatief lichaamsbeeld, dat vaak gepaard gaat met angst, depressie en seksuele zorgen, beïnvloedt het seksueel welzijn aanzienlijk. Psychoseksuele counseling blijkt effectief in het verbeteren van het lichaamsbeeld, met positief effect op zowel het psychisch welzijn als seksuele tevredenheid (Arring et al., 2023).

Ook relationele aspecten zijn essentieel. Een hechte partnerrelatie, gekenmerkt door emotionele nabijheid, verhoogt de kans op seksuele activiteit en tevredenheid na de behandeling. De

betrokkenheid van de partner, indien gewenst door de patiënt, is daarbij cruciaal. Dit sluit aan bij de aanbevelingen van de ASCO-richtlijn uit 2017 (Arring et al., 2023). Psychologische interventies die gericht zijn op communicatie en verbondenheid binnen de relatie, zoals koppelsessies rond psychoseksuele educatie en communicatievaardigheden, zijn doeltreffend gebleken. Om beperkingen zoals partnerweerstand of het tekort aan counselors te overbruggen, zijn er ook zelfmanagementinterventies geschikt voor zowel koppels als alleenstaanden. Ze bieden een flexibele manier om seksuele thema's zelfstandig te verkennen en vormen een waardevol alternatief voor klassieke begeleiding (Arring et al., 2023).

Ook buiten de context van relaties is psychologische ondersteuning onmisbaar. De ASCO Clinical Practice Guideline benadrukt het belang van psychoseksuele begeleiding bij vrouwen met kanker, zeker bij borstkankerpatiënten die vaak kampen met seksuele disfuncties. Zij zoeken actief naar hulp en informatie. Psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie en emotiegerichte therapie blijken bijzonder effectief in het verbeteren van seksuele gezondheid (Xu et al., 2023).

CGT richt zich op herkennen en hervormen van negatieve denkpatronen over seksualiteit en versterkt daarmee positief gedrag. Psycho-educatieve therapie combineert kennisoverdracht met psychologische ondersteuning en biedt een brede aanpak. Psychoseksuele therapie focust op het bespreekbaar maken van seksuele thema's binnen een psychologische context. Deze benaderingen streven niet enkel naar symptoomverlichting, maar naar structureel herstel en verbetering van de seksuele beleving (Xu et al., 2023).

Xu et al. (2023) toont aan dat psychologische interventies drie concrete effecten kan hebben. Ze verbeteren de seksuele functie en tevredenheid, met mindfulness-gebaseerde therapie als veelbelovende aanpak dankzij de focus op zelfbeeld en seksuele beleving. Daarnaast vermindert cognitieve gedragstherapie seksuele stress door negatieve gedachten en emoties, zoals schaamte en schuldgevoel, aan te pakken. Tot slot verhogen deze interventies de levenskwaliteit, wanneer psychologische zorg geïntegreerd wordt in het oncologisch zorgtraject. Verpleegkundigen spelen hierin een centrale rol en moeten seksuele problemen tijdig herkennen en erkennen door de passende ondersteuning te bieden (Xu et al., 2023).

6.2.5 Interventies voor gezondheidszorgorganisaties

Gezondheidszorgorganisaties spelen een cruciale rol in het structureel bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten. Dit vraagt om een geïntegreerde aanpak, waarin seksuele gezondheid proactief, tijdig en afgestemd op de levenskwaliteit wordt benaderd (Pimsen et al., 2024; Xu et al., 2023).

Hoewel de meest borstkankerpatiënten seksuele problemen ervaren, zoeken zij zelden spontaan hulp (Xu et al., 2023). Daarom moeten zorgverleners seksuele gezondheid actief integreren in de behandeling. Het routinematig voeren van gesprekken over seksualiteit, vanaf diagnose tot nazorg, wordt aanbevolen om deze drempel te verlagen (Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024). Toch blijft dit in de praktijk vaak uit. Ondanks de bestaande richtlijnen maken seksuele interventies nog te weinig deel uit van de standaard zorg. Gezondheidsorganisaties moeten richtlijnen ontwikkelen die seksuele zorg duidelijk integreren in de standaardbehandeling, zodat de continuïteit wordt gewaarborgd (Arring et al., 2023).

Een belangrijke structurele maatregel is het investeren in opleiding. Zorgverleners hebben nood aan toegankelijke en gebruiksvriendelijke trainingsprogramma's die aansluiten op hun dagelijkse praktijk en leerbehoeften. Ze verkiezen een mix van formats, van online modules tot face-to-face training, met

focus op communicatieve vaardigheden en praktische handvaten. Het is essentieel dat de inhoud eenvoudig toegankelijk is en gebruiksvriendelijk wordt gepresenteerd. Deze trainingen moeten niet enkel kennis versterken, maar ook barrières helpen overwinnen. Gezondheidsorganisaties spelen hierin een cruciale rol door verpleegkundigen actief te ondersteunen in hun professionele ontwikkeling (Pimsen et al., 2024).

Toch volstaat educatie alleen niet. Zorgorganisaties moeten ook randvoorwaarden creëren, zoals voldoende tijd, middelen, aangepaste infrastructuur en duidelijke afspraken binnen het team (Pimsen et al., 2024; Albers et al., 2020). Zonder deze organisatorische steun blijven interventies fragmentarisch en moeilijk vol te houden. Structurele ondersteuning, zoals een verpleegkundig zorgdossier gericht op seksualiteit (gebaseerd op het PLISSIT-model), kan het zorggedrag van verpleegkundigen positief beïnvloeden, maar vergt aanvullende training en beleidsverankering (Albers et al., 2020).

Zelfs goed opgezette multidisciplinaire programma's lopen tegen knelpunten aan, zoals beperkte financiering, personeelstekort en lange wachttijden, waardoor begeleiding binnen het oncologisch traject vaak tekortschiet. Het succes van seksuele zorg in de oncologie hangt dan ook sterk af van interprofessionele samenwerking en structurele ondersteuning vanuit de verpleegafdeling. Een proactieve houding van zorgverleners kan bovendien doorverwijzing deels voorkomen, doordat problemen sneller worden herkend en aangepakt. Deze inzichten benadrukken hoe cruciaal de samenwerking en verpleegkundige betrokkenheid zijn bij het bespreekbaar maken van seksualiteit (Albers et al., 2020).

Hierin benadrukt Xu et al. (2023) nogmaals de sleutelrol die verpleegkundigen spelen in de seksuele zorg. Dankzij de expertise en continue aanwezigheid kunnen verpleegkundigen seksuele problemen vroegtijdig signaleren, bespreekbaar maken en gepaste interventies opstarten, een taak waarvoor artsen vaak tijd of ruimte missen (Xu et al., 2023).

7 Conclusie

Deze bachelorproef vertrekt vanuit een relevant verpleegkundig probleem: seksualiteit blijft bij borstkankerpatiënten vaak onderbelicht, ondanks de grote impact op hun levenskwaliteit. Zowel patiënten als verpleegkundigen ervaren drempels om hierover in gesprek te gaan. Patiënten geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning, maar ervaren zelden initiatief vanuit de zorg, wat kan leiden tot psychisch lijden, relationele spanningen en ongelijke zorg.

Vanuit de kwaliteitscriteria werd dit probleem verder geanalyseerd, met patiëntgerichtheid als centrale waarde. Kwaliteitsvolle zorg vraagt aandacht voor het geheel van fysieke, emotionele en relationele noden van patiënten. Als seksualiteit onbespreekbaar blijft, komen ook criteria als veiligheid, tijdigheid, toegankelijkheid en gelijkheid in het gedrang. Het ontbreken van structurele opvolging vergroot het risico op onderrapportage, ongelijke toegang en laattijdige interventie.

Deze bachelorproef heeft als doel om evidence-based aanbevelingen te formuleren voor oncologieverpleegkundigen om seksualiteit bespreekbaar te maken bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners.

De literatuurstudie toonde aan dat communicatie een sleutelrol speelt. Patiënten willen eerlijke, duidelijke informatie over de impact van behandeling op seksualiteit, maar durven dit vaak niet zelf aan te kaarten. Tegelijk missen verpleegkundigen vaak de vaardigheden of het vertrouwen om het gesprek aan te gaan. Deze wederzijdse terughoudendheid belemmert open communicatie. Verpleegkundigen erkennen hun rol, maar ervaren een gebrek aan concrete handvaten. Gesprekken over seksualiteit moeten geen eenmalig moment zijn, maar onderdeel van een proces waarin verpleegkundigen een laagdrempelig aanspreekpunt vormen.

Evidence-based modellen zoals PLISSIT, BETTER en BLISS ondersteunen verpleegkundigen met een gestructureerde aanpak, afgestemd op de noden van de patiënt. Instrumenten als de Female Sexual Function Index (FSFI) en Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) helpen bij detectie en opvolging. Opleiding en training zijn essentieel. Verpleegkundigen geven aan nood te hebben aan praktische, toegankelijke vormingen waarin ze communicatieve vaardigheden kunnen oefenen. Interactieve methoden zoals rollenspellen, reflectiemomenten en korte sessies blijken daarbij effectief.

Praktijkervaring op de afdeling Oncologische Heelkunde in UZ Leuven bevestigt deze bevindingen. Seksualiteit komt zelden spontaan aan bod, zeker niet tijdens korte opnames of bij hoge werkdruk. Toch stellen patiënten zich open wanneer er ruimte is voor empathisch contact. Een gebrek aan richtlijnen en taakverdeling belemmert een consistente aanpak, wat het belang onderstreept vanuit structurele verankering via beleid, bijscholing en gedeelde verantwoordelijkheid.

Seksualiteit is geen randthema, maar een fundamenteel onderdeel van oncologische zorg. Verpleegkundigen hoeven geen experts in seksuele gezondheid te zijn, maar moeten het onderwerp wel kunnen openen, normaliseren en gepast doorverwijzen. Door dit met empathie en deskundigheid te doen, dragen zij bij aan een veilige, inclusieve en mensgerichte zorgomgeving.

De inzichten uit deze bachelorproef zijn niet alleen waardevol voor het werkveld, maar bieden ook houvast aan verpleegkundigen en studenten. Ze versterken het vertrouwen en geven inspiratie om dit gevoelige, maar belangrijke thema bespreekbaar te maken in de dagelijkse praktijk.

8 Aanbevelingen voor verpleegkundig werkveld

Om seksualiteit structureel bespreekbaar te maken binnen de verpleegkundige zorg voor borstkankerpatiënten, is een systematische en organisatie brede aanpak noodzakelijk. Deze aanbevelingen geven richting aan verpleegkundigen en zorgorganisaties om seksualiteit als essentieel thema te normaliseren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en in te spelen op psychosociale noden. De focus ligt op vier strategische pijlers: educatie, communicatie, organisatie en interdisciplinaire samenwerking (zie bijlage 4 voor het implementatieplan).

8.1 Aanbeveling: Structurele educatie en deskundigheidsbevordering

Verpleegkundigen moeten beschikken over kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen om seksualiteit bespreekbaar te maken. Daarom is structurele integratie van seksuele gezondheid in zowel basisopleiding als het permanente bijscholingsaanbod essentieel. Daarbij is er aandacht voor communicatiemodellen zoals PLISSIT, BLISS en BETTER, die houvast bieden voor respectvolle gesprekken. Korte, praktijkgerichte modules, zoals e-learnings of podcasts maken dit haalbaar. Verpleegkundig specialisten kunnen hierin een coachende rol opnemen door trainingen te begeleiden, educatietekorten te signaleren en collega's te ondersteunen.

Ook is er training nodig in sensitieve gesprekstechnieken zoals het gebruik van neutrale taal, vermijden van aannames en het afstemmen op de signalen en woordkeuze van patiënten. Daarnaast moet educatie reflectie stimuleren over eigen drempels en communicatiestijl. Deze structurele verbetering in kennis bevordert een gelijk competent niveau binnen een verpleegkundig team en versterkt duurzame, effectieve en inclusieve zorg op lange termijn.

8.2 Aanbeveling: communicatie als kern van inclusieve patiëntgerichte zorg

Seksualiteit moet al vanaf de diagnose bespreekbaar zijn, om problemen tijdig te detecteren en veilige zorg te garanderen. Een vaste, neutrale openingszin in opname- en opvolggesprekken maakt het onderwerp laagdrempelig, bijvoorbeeld: "Sommige mensen ervaren na een behandeling verandering op vlak van intimiteit of seksualiteit. Is dat iets waar je vragen over hebt of waar je graag informatie over wil?". Ook binnen korte opnameperiodes kunnen waardevolle gesprekken ontstaan. Zo hadden ze op de afdeling Oncologische Heelkunde een good practice, waarin ze het wondzorgmoment benutten om op een natuurlijke wijze seksualiteit en lichaamsbeeld te bespreken met patiënt en partner.

Daarnaast verhogen visuele hulpmiddelen zoals folders, pictogrammen en infohoekjes de zichtbaarheid en toegankelijkheid van het thema. Ze zetten patiënten al aan het denken en nodigen ze uit tot gesprek. Meetinstrumenten zoals de Female Sexual Function Index (FSFI) en de Sexual Quality of Life- Female (SQOL-F) kunnen de seksuele gezondheid objectief in kaart brengen en de duurzame opvolging ondersteunen.

Inclusieve communicatie en aandacht voor diversiteit zijn essentieel. Folders in meerdere talen, visuele hulpmiddelen, gender inclusieve communicatie en extra ondersteuning voor kwetsbare doelgroepen zorgen voor gelijke toegang tot zorg. Cultuurgevoelige zorg draagt bij aan patiëntgerichte zorg.

8.3 Aanbeveling: organisatie brede verankering in beleid en zorgpaden

Een duurzame implementatie vraagt dat seksualiteit opgenomen wordt in het zorgbeleid, zorgpaden en het elektronisch patiëntendossier. Heldere protocollen en richtlijnen verduidelijken verantwoordelijkheden en stimuleren een uniforme, actieve aanpak. Trajectbegeleiders en verpleegkundig specialisten kunnen dit beleid mee vormgeven. Hoofdverpleegkundigen integreren het thema in teamoverleg, personeelsbeleid en evaluatiemomenten.

Een apart zorgplan in het patiëntendossier ondersteunt de registratie, bevordert opvolging en fungeert als geheugensteun. Relevante informatie kan zo systematisch, transparant en continu opgevolgd worden binnen het team. Alsook zal de seksuele gezondheidszorg op een gelijke basis voor alle borstkankerpatiënten opgestart worden. Ook het IT-team speelt hierin een rol.

Het aanstellen van een referentieverpleegkundige seksuele gezondheid per afdeling wordt als een ideaal aanbevolen. Deze fungeert als aanspreekpunt, begeleidt collega's bij moeilijke gesprekken en stimuleert teamleren. Oncologische afdelingen in het UZ Leuven beschikken reeds over AYA-referenten (jongeren tussen 15 en 35 jaar met kanker), die hun expertise rond seksualiteit kunnen delen. Zij kunnen samen met trajectbegeleiders fungeren als aanspreekpunt binnen teams. Deze aanpak benut bestaande structuren en verhoogt zo de haalbaarheid (L. Saenen, persoonlijke communicatie, 5 mei 2025).

8.4 Aanbeveling: interdisciplinaire samenwerking

Seksuele gezondheid vraagt een multidisciplinaire aanpak. Verpleegkundigen moeten kunnen samenwerken met onder anderen seksuologen, psychologen, sociaal werkers en kinesisten. Trajectbegeleiders spelen een ventrale rol als verbindingsfiguur en coördinator. Zij vormen vaak de schakel tussen patiënt en de juiste discipline. Een veilige, toegankelijke doorverwijsstructuur is essentieel voor effectieve en continue zorg. Het opzetten van gestructureerde samenwerking, zoals een multidisciplinair overleg of een werkgroep seksualiteit, bevordert duidelijke verantwoordelijkheden.

8.5 Conclusie: duurzame implementatie van alle actoren

De kwaliteit van seksuele zorg staat of valt met een gedeelde verantwoordelijkheid. Hoofdverpleegkundigen creëren ruimte en visie, verpleegkundig specialisten bieden inhoudelijke ondersteuning, trajectbegeleiders verbinden patiënt en disciplines, IT'ers zorgen voor technische verankering en opleidingsverantwoordelijken investeren in deskundigheid. Elke actor levert zo een unieke bijdrage aan het normaliseren van seksualiteit binnen de zorg.

Bij het opstellen van deze aanbevelingen en het implementatieplan (zie bijlage 4) werd afgestemd met Louise Saenen, verpleegkundig specialist UZ Leuven. Zij gaf inhoudelijke feedback en benadrukte het belang van integratie in zorgpaden, samenwerking met onder anderen menopauzeconsulenten, structurele educatie binnen de basis- en bijscholingstrajecten en praktische communicatietools zoals brochures of informatieve filmpjes. Deze afstemming verhoogt de haalbaarheid van het implementatieplan in de praktijk (L. Saenen, persoonlijke communicatie, 5 mei 2025).

Door deze aanbevelingen strategisch, breed en samenhangend te implementeren, wordt seksualiteit niet langer een vermeden onderwerp, maar een vanzelfsprekend onderdeel van kwaliteitsvolle verpleegkundige zorg.

9 Literatuurlijst

- Albers, L., Palacios, L. G., Pelger, R., & Elzevier, H. (2020). Can the provision of sexual healthcare for oncology patients be improved? A literature review of educational interventions for healthcare professionals. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(6), 858–866. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00898-4>
- Arends, S. A. M., Van Rossum, C. E., Eeltink, C. M., Robertus, J. E., Schoonmade, L. J., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2024). Feasibility and effectiveness of communication tools for addressing intimacy and sexuality in patients with cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 32, Artikel 109. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08308-6>
- Arring, N., Barton, D. L., & Reese, J. B. (2023). Clinical practice strategies to address sexual health in female cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 41(31), 4927–4936. <https://doi.org/10.1200/jco.23.00523>
- Baeten, M., Corstjens, F., Dereymaeker, K., Frissen, J., & Vandervoort, A. (s.a.). *Bachelorproef Challenge your Care: Studiewijzer 2024-2025*. UCLL Hogeschool.
- Bartula, I., & Sherman, K. A. (2015). Development and validation of the Female Sexual Function Index adaptation for breast cancer patients (FSFI-BC). *Breast Cancer Research and Treatment*, 152(3), 477–488. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3499-8>
- Brajkovic, L., Sladic, P., & Kopilaš, V. (2021). Sexual quality of life in women with breast cancer. *Health Psychology Research*, 9(1). <https://doi.org/10.52965/001c.24512>
- de Vocht, H. (s.a.). *BLISSS-model*. Richtlijndatabase. Geraadpleegd op 18 april 2025, van https://richtlijndatabase.nl/index.php/gerelateerde_documenten/bijlage/24097/1/110/B_LISSS-model.html
- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pacific*

Journal of Cancer Prevention, 17(11), 4845–4851.

<https://doi.org/10.22034/apjcp.2016.17.11.4845>

Flynn, K. E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Shelby, R. A., Porter, L. S., Dombeck, C.

B., & Weinfurt, K. P. (2011). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, 21(6), 594–601.

<https://doi.org/10.1002/pon.1947>

Kom op tegen Kanker. (2022, 7 september). *Doelgerichte therapie bij borstkanker*. Alles Over

Kanker.be. Geraadpleegd op 18 april 2025, van

<https://www.allesoverkanker.be/borstkanker/behandeling-van-borstkanker/doelgerichte-therapie-bij-borstkanker>

Kelder, I., Sneijder, P., Klarenbeek, A., & Laan, E. (2021). Communication practices in conversations

about sexual health in medical healthcare settings: a systematic review. *Patient Education And Counseling*, 105(4), 858–868. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.049>

Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2021). A multidimensional quality model: an opportunity

for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health.

F1000Research, 9, Artikel 1140. <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.3>

Neefs, H. (2022). *Hoe ervaren mensen de zorg voor seksualiteit na kanker? Een onderzoeksrapport*.

Kom op Tegen Kanker. Geraadpleegd op 18 april 2025, van

<https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2022-05/Onderzoeksrapport-kanker%20en%20seksualiteit.pdf>

Olcer, Z. O., & Oskay, U. (2021). Effects of the better model based counseling on sexuality of women

with breast cancer. *International Journal Of Sexual Health*, 34(1), 41–54.

<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1979161>

Pimsen, A., Lin, W., Lin, C., Kuo, Y., & Shu, B. (2023). Healthcare providers' experiences in providing

sexual health care to breast cancer survivors: A mixed-methods systematic review. *Journal Of Clinical Nursing*, 33(3), 797–816. <https://doi.org/10.1111/jocn.16943>

- Reese, J. B., Sorice, K., Beach, M. C., Porter, L. S., Tulskey, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2016). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. *Journal Of Cancer Survivorship*, 11(2), 175–188. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0577-9>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2011). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- UZ Leuven. (2023a, 6 november) *Bijwerkingen van chemotherapie*. (2023b, november 6). Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/chemotherapie/bijwerkingen>
- UZ Leuven. (2023b, 9 februari). *Bijwerkingen van immuuntherapie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/immunotherapie/bijwerkingen>
- UZ Leuven. (2023c, 5 juni). *Seksualiteit en intimiteit*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/immunotherapie/bijwerkingen/seksualiteit-en-intimiteit>
- UZ Leuven. (2024a, 15 mei). *Antihormoontherapie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/multidisciplinair-borstcentrum-mbc/borstkanker/antihormoontherapie>
- UZ Leuven. (2024b, 20 juni). *Borstamputatie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/multidisciplinair-borstcentrum-mbc/borstkanker/borstamputatie>
- UZ Leuven. (2024c, 4 december). *Borstkanker*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/multidisciplinair-borstcentrum-mbc/borstkanker#symptomen>
- UZ Leuven. (2024d, 20 juni). *Borstsparende operatie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/multidisciplinair-borstcentrum-mbc/borstkanker/borstsparende-operatie>

- UZ Leuven. (2024e, 15 mei). *Erfelijke borstkanker*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/multidisciplinair-borstcentrum-mbc/borstkanker/erfelijke-borstkanker>
- UZ Leuven. (2024f, 27 november). *Immunotherapie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/immunotherapie>
- UZ Leuven. (2024g, 4 januari). *Seksualiteit*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/antihormoontherapie/nevenwerkingen/seksualiteit>
- UZ Leuven. (2025a, 6 maart). *Chemotherapie*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/chemotherapie>
- UZ Leuven. (2025b, 4 februari). *Radiotherapie bij borstkanker*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.uzleuven.be/nl/radiotherapie-oncologie/radiotherapie/radiotherapie-bij-borstkanker>
- Vanhaecht, K. (2018). In search of mangomoments. *The Lancet Oncology*, 19(2). [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(18\)30034-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30034-2)
- World Health Organization. (2019). *Sexual health*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2024). *Breast cancer*. Geraadpleegd op 18 april 2025, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Xu, J., Xue, B., Li, L., Qiao, J., Redding, S. R., & Ouyang, Y. (2022). Psychological interventions for sexual function and satisfaction of women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(9–10), 2282–2297. <https://doi.org/10.1111/jocn.16194>

10 Bijlages

10.1 Leesschema

10.1.1 Beoordeling Xu et al. (2023)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Xu, J., Xue, B., Li, L., Qiao, J., Redding, S. R., & Ouyang, Y. Q. (2023). Psychological interventions for sexual function and satisfaction of women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of clinical nursing</i> , 32(9-10), 2282–2297. https://doi.org/10.1111/jocn.16194
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het doel van deze systematische review en meta-analyse was het systematisch evalueren van de effectiviteit van psychologische interventies (zoals cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie therapie en psychoseksuele counseling) voor vrouwen met borstkanker op seksueel functioneren, seksuele tevredenheid, seksuele relaties, seksuele distress en seksuele kwaliteit van leven.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag: • P: borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundige • I: evidence-based aanbevelingen die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen • C: / • O: verbeteren van het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners	Ja, het onderzoek biedt inzicht in evidence-based interventies die verpleegkundigen kunnen ondersteunen bij het bespreken van seksualiteit. Het benadrukt ook het belang van gestructureerde benaderingen en hun effectiviteit op seksuele gezondheid en psychosociale ondersteuning. • Het artikel richt zich niet expliciet op belemmeringen, maar impliceert dat onbehandelde psychologische en seksuele problemen barrières kunnen vormen. • De resultaten wijzen op psychologische en seksuele behoeften van patiënten die met psychologische interventies kunnen worden aangepakt. • Het biedt een uitgebreide beoordeling van evidence-based interventies. • De meta-analyse toont positieve effecten van interventies op seksuele functie, tevredenheid en kwaliteit van leven. Artikel: • P: vrouwen met borstkanker • I: psychologische interventies voor seksuele gezondheid en tevredenheid • C: / • O: positief effect van de interventies
Is deze bron actueel?	De bron is actueel, gepubliceerd in mei 2023. De studies die gebruikt werden vonden plaats vanaf het begin tot 9 mei 2021. Het sluit dus aan bij de recente ontwikkelingen in de klinische praktijk.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Ja, de kwaliteit van de bron is beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie. De Joanna Briggs Institute (JBI) criteria werden gebruikt voor de methodologische beoordeling van de geïnccludeerde studies.

Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	Auteurs: • Jing Xu MSN, BSc, Master Student • Bing Xue MSN, BSc, Master Student • Lu Li MSN, BSc, Master Student • Jia Qiao MSN, BSc, Master Student • Sharon R. Redding EdD, RN, CNE, Professor • Yan- Qiong Ouyang MD, Associate Professor Financiers en sponsors: niet beschreven
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	De auteurs verklaren dat er geen belangenconflicten zijn.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	Deze systematische review en meta-analyse is gerapporteerd in overeenstemming de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) richtlijnen. Het onderzoek werd op 6 juni 2021 geregistreerd op PROSPERO.
Design	Er werd een zoektocht naar geschikte studies uitgevoerd van de startdatum tot 9 mei 2021 in volgende databases: • Pubmed • EMBASE • PsycINFO • Web of Science • De Cochrane Library • Scopus • CINAHL • ProQuest Dissertations • Theses Global • ClinicalTrials.gov • Open Grey Referenties van relevante artikelen werden handmatig gescreend om aanvullende studies te identificeren. De PICO-benadering werd gebruikt als referentiekader om inclusie- en exclusiecriteria en zoekstrategieën voor deze studie te ontwikkelen. De zoektermen waren gerelateerd aan borstkanker in combinatie met termen gerelateerd aan psychologische interventies en termen gerelateerd aan seksualiteit. (Bijv. "breast neoplasms" or "breast tumor" or "psychological techniques" or "psychotherapy" or "cognitive behavioral therapy" or "sexual dysfunction" or "sexual satisfaction" or "sexual distress" or "sexual quality of life" or "sexual relationship") De zoekstrategieën voor elke database zijn weergegeven in een Supplementary File S2.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusiecriteria: • De deelnemers waren vrouwen met borstkanker (leeftijd ≥ 18 jaar) • De experimentele groep ontving een vorm van psychologische interventie, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatieve therapie of psychoseksuele begeleiding • Het betrof gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken of quasi-experimentele onderzoeken waarin de experimentele groep werd vergeleken met een passieve (gebruikelijke zorg) of actieve (geen psychologische interventies) controlegroep • De uitkomsten hadden betrekking op seksueel functioneren, seksuele tevredenheid, seksuele relaties, seksueel leed of seksuele kwaliteit van leven Exclusiecriteria: • De deelnemers hadden geen behandeling ondergaan

	• Psychologische interventies bevatten geen inhoud gericht op het verbeteren van seksuele gezondheid • Uitkomsten werden gemeten met een enkele dimensie of een deel van een schaal in plaats van de volledige schaal • Een volledige tekst van het artikel kon niet worden verkregen • De gegevens waren ontoereikend na contact met de oorspronkelijke auteur Selectiecriteria: Drie beoordelaars namen deel aan het proces van onderzoek selectie en gegevensextractie. Twee beoordelaars selecteerde onafhankelijk alle studies op titel, samenvatting en volledige tekst op basis van inclusie- en exclusiecriteria. Alle discrepanties en meningsverschillen werden opgemerkt en opgelost door onderling overleg of door discussie met een derde beoordelaar.
Steekproef	In totaal werden er 10 003 artikelen opgehaald. • PubMed 879 • EMBASE 2291 • PsycINFO 1230 • Web of Science 2142 • the Cochrane Library 128 • Scopus 1998 • CINAHL 1167 • ProQuest Dissertations and Theses Global 117 • ClinicalTrials.gov 50 • Open Grey 1 Aanvullend werden er 5 studies gevonden door handmatig referenties van gerelateerde studies te doorzoeken. Van deze artikelen werden er 4680 duplicaten uitgesloten met Endnote-software, 5209 artikelen werden uitgesloten na het lezen van de titel en samenvatting en 119 artikelen werden behouden voor verdere volledige tekstscreening. (De onderzoekers voegen hier ook een stroomdiagram aan toe dat het screeningsproces illustreert.) Uiteindelijk werden 15 studies opgenomen in deze studie. (10 RCT's en 5 quasi-experimentele trials) • 8 van de studies vond plaats in lage- of middeninkomenslanden (7 studies in Iran en 1 studie in Brazilië) • 7 studies in hoge inkomenslanden (VS, Nederland, Canada, Korea, Denemarken) • 1307 vrouwen met borstkanker namen deel • 11 studies met vrouwen die alleen deelnamen • 4 studies met vrouwen die samen met een partner deelnamen • Gemiddelde leeftijd van de deelnemers: 42-57 jaar
Interventie/observatie	Interventies van de geselecteerde studies bestonden uit: • Formele psychotherapie of behandeltechnieken: wijziging en reconstructie van seksuele cognities, mindfulness-therapie en psychologische counseling (individueel of in groep) • Het verstrekken van kennis en informatie over de effecten van borstkanker en behandeling op seksuele functie, genitalia-anatomie, seksuele responscyclus, misvattingen over seksueel gedrag, symptomen van de menopauze en lichaamsbeeld • Vaardigheidstraining: communicatieve vaardigheden, strategieën voor stressmanagement, sensuele aanrakingsoefeningen en beeldvormingsoefeningen • Emotionele uitwisseling: delen van gedachten en gevoelens • Een relatieverbeteringsprogramma

Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, de bron is kwaliteitsvol en wordt opgenomen in de literatuurselectie.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De meta-analyse toonde aan dat psychologische interventies statistisch significante verbeteringen teweegbrachten in seksuele functie, seksuele tevredenheid, seksuele relaties en seksuele distress bij vrouwen met borstkanker. Een subgroepanalyse met betrekking tot de soorten psychologische interventies gaf aan dat cognitieve gedragstherapie en psycho-educatieve therapie gunstig waren voor seksuele functie en tevredenheid, en psychoseksuele counseling ook de seksuele functie kon verbeteren. Het onderzoek verdeelt de resultaten in verschillende categorieën: <u>Seksuele functie en seksuele tevredenheid:</u> De studie toont aan dat psychologische interventies, waaronder mindfulness gebaseerde therapie, een positief effect hebben op de seksuele functie en tevredenheid van vrouwen met borstkanker. Psychologische benaderingen helpen de seksuele functie te herstellen en de tevredenheid te verhogen in plaats van alleen symptomen te verlichten. De subgroep analyse toont aan dat cognitieve gedragstherapie, psycho-educatieve therapie en psychoseksuele counseling effectief zijn in het verbeteren van seksuele functie en tevredenheid. Daarnaast kunnen fysieke hulpmiddelen en farmacotherapie symptomen van oestrogeentekort verlichten, maar psychologische factoren hebben vaak een grotere invloed op seksuele gezondheid. Zorgverleners moeten deskundig zijn in seksuele zorg om vrouwen met borstkanker effectief te ondersteunen. Echter, de effectiviteit van psychoseksuele counseling wordt niet volledig ondersteund door de resultaten van deze studie en vereist verdere validatie. <u>Seksuele relaties:</u> De studie toont aan dat psychologische interventies een positief effect hebben op de seksuele relaties van vrouwen met borstkanker. De studie benadrukt het belang van communicatievaardigheden, vooral bij gevoelige onderwerpen zoals lichaamsbeeld, om seksuele relaties te verbeteren. Bij vrouwen met borstkanker kan de diagnose en behandeling de intimiteit en relatie verstoren. Psychologische interventies zouden vrouwen aanmoedigen om communicatieve vaardigheden te gebruiken om problemen te overwinnen. <u>Seksuele stress:</u> De studie toont aan dat psychologische interventies een positief effect hebben op de seksuele stress van vrouwen met borstkanker. Cognitieve gedragstherapie helpt bij het verbeteren van seksuele functie en het verlichten van seksuele stress door negatieve cognitieve schema's te identificeren en te corrigeren. Seksuele stress, veroorzaakt door seksuele dysfunctie kan effectief worden verlicht nadat de seksuele functie verbeterd is. CGT wordt als gouden standaard gezien voor de behandeling van seksuele dysfunctie. <u>Seksuele kwaliteit van leven:</u> De studie toont aan dat psychologische interventies een positief effect hebben op de seksuele kwaliteit van leven van vrouwen met borstkanker. Hoewel het nog niet genoeg onderzocht is suggereren enkele studies dat de psychologische interventies ook de gehele kwaliteit van leven verbeterd voor vrouwen met borstkanker.
Wat is de conclusie van de bron?	Deze review heeft aangetoond dat psychologische interventies statistisch significante verbetering hebben in seksuele functie, seksuele tevredenheid, seksuele relaties en seksuele stress bij vrouwen met borstkanker. Op basis van huidige bevindingen worden cognitieve gedragstherapie en psycho-educatieve therapie vaak gebruikte psychologische interventies die de seksuele functie en seksuele tevredenheid aanzienlijk kunnen verbeteren. Zorgverleners zouden aandacht moeten hebben voor de seksuele gezondheid van borstkankerpatiënten en hen voorzien van passende seksuele psychologische interventies.

10.1.2 Beoordeling Pimsen et al. (2024)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Pimsen, A., Lin, W. H., Lin, C. Y., Kuo, Y. L., & Shu, B. C. (2024). Healthcare providers' experiences in providing sexual health care to breast cancer survivors: A mixed-methods systematic review. <i>Journal of clinical nursing</i> , 33(3), 797–816. https://doi.org/10.1111/jocn.16943
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het doel van het onderzoek is het analyseren van de ervaringen van zorgverleners (HCP's) in de seksuele gezondheidszorg voor overlevende van borstkanker door middel van de mixed-methods systematische review (MMSR).
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag: • P: borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundige • I: evidence-based aanbevelingen die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen • C: / • O: verbeteren van het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners	Ja, het artikel analyseert de ervaringen van zorgverleners, inclusief oncologieverpleegkundigen. Deze moeten seksuele gezondheidszorg bieden. Het identificeert belemmeringen zoals gebrek aan kennis en training. Het doet aanbevelingen voor training en communicatiestrategieën. • Het artikel geeft gedetailleerd inzicht in de uitdagingen die zorgverleners ervaren, waaronder gebrek aan kennis, tijd en het taboe rondom seksualiteit. • Het bespreekt indirect de psychosociale behoeften van patiënten aangezien deze niet altijd adequaat worden ingevuld door zorgverleners • Het beveelt aan om training en ondersteuning voor zorgverleners te ontwikkelen, wat kan worden beschouwd als een interventie • Hoewel het geen interventies evalueert, benadrukt het de noodzaak van verbetering in training en ondersteuning om de bespreekbaarheid van seksualiteit te vergroten De studie biedt dus inzichten in de barrières en behoeften van zowel patiënten als zorgverleners. • P: zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor borstkankeroverlevenden • I: seksuele gezondheidszorg, inclusief communicatiestrategieën, counseling en training gericht op het bespreken van seksualiteit met patiënten • C: Zorg zonder aanpassingen • O: betere bespreekbaarheid van seksualiteit, verminderde belemmeringen, verhoogd zelfvertrouwen en competentie van zorgverleners in het ondersteunen van borstkankerpatiënten, verbeterde psychosociale ondersteuning en kwaliteit van leven voor patiënten
Is deze bron actueel?	Ja, de bron is actueel en gepubliceerd in 2024 met gegevens teruggaand tot december 2022.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	De kwaliteit van deze bron is beoordeeld volgens de richtlijnen van Joanna Briggs Institute (JBI) en PRISMA, met gedetailleerde kwaliteitscontrole van de geïncludeerde studies.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	Auteurs: • Apiradee Pimsen PhD, Instructor • Wen-Hua Lin MSc, Instructor • Chung-Ying Lin PhD, Associate professor • Yao-Lung Kuo MD, PhD, Professor, Director • Bih-Ching Shu DrPH, Distinguished professor Het onderzoek vermeldt dat er geen financiering is ontvangen van agentschappen in de publieke, commerciële of non-profitsector.

Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Het onderzoek vermeldt dat er geen belangenconflicten hebben plaatsgevonden.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd in de databases MEDLINE, CINAHL, Psychology & Behavioral Sciences Collection, Web of Science, Cochrane Library, Scopus en ClinicalTrials.gov, en referentielijsten werden doorzocht vanaf het begin tot 30 december 2022. Twee onafhankelijke beoordelaars hebben de gegevens geëxtraheerd en geanalyseerd volgens de JBI-richtlijnen voor MMSR. Methodologische tekortkomingen worden beschreven: • Onderzoekers verklaarden hun invloed op de studie niet • Versturende variabelen werden niet geïdentificeerd • Uitkomsten werden niet consistent gemeten
Design	De mixed-methods systematic review werd uitgevoerd volgens de JBI- en PRISMA richtlijnen. Vervolgens werd een prospectief geregistreerde systematische review uitgevoerd (PROSPERO). Deze MMSR vond plaats tussen 1 maart en 30 december 2022. Elektronische opdrachten in: Handmatige zoekopdrachten en controle van referentielijsten voor artikelen die gepubliceerd zijn tussen het begin van het onderzoek en 30 december 2022. De gebruikte zoekwoorden zijn beschreven in Figuur 2. De gevonden studies werden vervolgens beoordeeld door 2 beoordelaars die onafhankelijk de titels, samenvattingen, volledige teksten en methodologische kwaliteit van de geselecteerde artikelen met behulp van de JBI-checklist evalueerden. Voor gemengde methoden studies werden de kwalitatieve en kwantitatieve elementen beoordeeld op basis van hun specifieke aard. Meningsverschillen werden opgelost via consensus gebaseerde discussies en indien nodig, een derde beoordelaar. Studies met een score van 85% of hoger werden als sterk geclassificeerd, 70-85% als matig, 50-69% als voldoende en onder 50% als laag van kwaliteit.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusiecriteria: • Peer- reviewed originele studies met kwantitatieve en gemengde methoden, gepubliceerd in het Engels • Studies die ervaringen en perspectieven van zorgprofessionals over seksuele gezondheidszorg voor borstkanker overlevende onderzochten, evenals de effecten van programma's voor seksuele gezondheidszorg op het ondersteunen van zorgprofessionals bij het leveren van deze zorg ongeacht de setting. Exclusie: De studies waarin gezondheidszorgstudenten onderzocht werden.
Steekproef	Alle 19 onderzoeken ondergingen een methodologische kwaliteitsbeoordeling (Tabellen 1-3): • 8 kwalitatief • 6 beschrijvend • 1 experimenteel • 4 gemengde studies: 2 gemengd kwalitatief en beschrijvend en 2 gemengd kwalitatief en experimenteel Kwalitatieve • 10 matige kwaliteit • 2 lage kwaliteit Descriptieve: • 1 sterk bewijs

	• 4 matige kwaliteit • 1 adequaat • 1 lage kwaliteit De 3 interventie studies leverden sterk bewijs.
Interventie/observatie	De resultaten van de 19 geïnccludeerde studies zijn geanalyseerd met MMSR. De kwantitatieve gegevens konden niet samengevoegd worden in een meta-analyse vanwege de heterogeniteit van de interventies en uitkomsten. Daarom werd de synthese narratief uitgevoerd. Voor de kwalitatieve synthese werden de oorspronkelijke gegevens gecodeerd en geconceptualiseerd in subthema's en definitieve thema's.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, de bron is kwaliteitsvol en wordt opgenomen in mijn literatuurselectie.
Wat zijn de resultaten van de bron?	Na screening op 2849 citaties kwamen 19 studies in aanmerking voor MMSR, waarbij 2068 zorgverleners betrokken waren. De meeste zorgverleners vinden dat seksuele gezondheidszorg hun verantwoordelijkheid is. Er werd echter onvoldoende aandacht besteed aan seksuele gezondheid. Een gebrek aan kennis was de belangrijkste barrière voor het verlenen van seksuele gezondheidszorg. Bovendien zouden HCP's meer kennis willen verwerven en vonden ze dat de huidige seksuele gezondheidstraining ontoereikend was. Het onderzoek heeft uitgebreid de perspectieven, ervaringen en verwachtingen van zorgverleners bij het bieden van seksuele gezondheidszorg aan borstkankeroverlevenden onderzocht en gesynthetiseerd. De studie suggereert dat de eerste zorgverleners geloven dat seksuele gezondheidszorg hun verantwoordelijkheid is en dat gesprekken over seksuele gezondheid meestal door zorgverleners worden geïnitieerd. Desondanks wordt seksuele gezondheid nog niet adequaat aangepakt: 2,8% - 37,6% van de zorgverleners bespreekt regelmatig seksuele gezondheid met mensen met chronische ziekten en beperkingen. Dit wijst erop dat er een algemeen te kort is aan seksuele gezondheidszorg. Dit kan voortkomen uit het stigma rond seksualiteit en onvoldoende training. Uit het onderzoek blijkt ook dat verpleegkundigen de meest geprefereerde zijn voor seksuele gezondheidszorg, mogelijk omdat borstkankerpatiënten en verpleegkundigen zich comfortabeler voelen bij het gesprek voeren met hetzelfde geslacht. Het is essentieel dat verpleegkundigen initiatief nemen om borstkankerpatiënten te informeren en vertrouwelijke ondersteuning te bieden aangezien verpleegkundigen toegankelijk en beschikbaar zijn in klinische setting (Albers et al., 2020; Gorman et al., 2021). Het onderzoek resulteert verder dat de meeste zorgverleners negatieve ervaringen delen met seksuele gezondheidszorg, dit door een gebrek aan kennis, onvoldoende training, gebrek aan tijd, stigma rond gesprekken en het gevoel niet genoeg geïnformeerd te zijn om seksuele gezondheidszorg te bieden. Het ontbreken van curriculum gebaseerde training in seksuele gezondheidszorg in onderwijsinstellingen is een groot probleem volgens de studie. Bovendien blijkt dat seksuele gezondheidszorgtraining kennis, comfort en vertrouwen geeft aan zorgverleners en de barrières voor het gesprek doet verminderen. Zorgverleners hebben hierin de verwachting dat deze trainingen beknopt, handig en gemakkelijk toegankelijk zijn. Zorgverleners focussen vaak op fysieke gezondheid en vergeten vaak het seksuele aspect volgens de studie. Deze fysieke klachten krijgen prioriteit over de emotionele en sociale behoeften. Hierin moeten zorgverleners aandacht geven aan het tijdig communiceren met borstkankerpatiënten. Dit dus zowel voor, tijdens als na de behandeling. Proactief en gericht op de kwaliteit van leven van

	de borstkankerpatiënten moet hier volgens de diverse behoeften van de patiënten aandacht aan gegeven worden. Vervolgens toont de studie aan dat het onderwijs gericht moet zijn op het verminderen van barrières voor zorgverleners om het gesprek aan te gaan. De studie geeft aan dat er verder onderzoek nodig is naar de effectiviteit van verschillende interventiestrategieën om de vaardigheden van zorgverleners en de kwaliteit van seksuele gezondheid van borstkanker patiënten te verbeteren. Tot slot geeft de studie nog enkele praktische aanbevelingen.
Wat is de conclusie van de bron?	De bevindingen van het onderzoek suggereren dat zorgverleners seksuele gezondheid niet vaak bespreken met borstkankerpatiënten en dat een gebrek aan kennis de meest voorkomende barrière is. Beheerders van zorgsessies zouden middelen moeten toewijzen aan trainingen over seksuele gezondheid in verschillende formaten, met toegankelijke inhoud en praktisch. Deze trainingen moeten ook veelzijdig en proactief zijn. Alsook voldoen aan de uiteenlopende behoeften van BCS's in verschillende stadia en zich richten op effectieve communicatie.

10.1.3 Beoordeling Arring et al. (2023)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Arring, N., Barton, D. L., & Reese, J. B. (2023). Clinical Practice Strategies to Address Sexual Health in Female Cancer Survivors. <i>Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology</i> , 41(31), 4927–4936. https://doi.org/10.1200/JCO.23.00523
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De doelstellingen van deze narratieve review zijn: Om het bewijs te beschrijven voor interventies die 4 belangrijke problemen aanpakken die de seksuele gezondheid van vrouwen in kankerpatiëntengroepen beïnvloeden bij patiënten die klaar zijn of bijna klaar zijn voor integratie in de praktijk: 1. laag seksueel verlangen 2. vulvovaginale klachten 3. negatief lichaamsbeeld 4. seksuele partnerrelaties Om de huidige stand van zaken te beschrijven met betrekking tot de seksuele gezondheid tussen patiënt en zorgverlener met betrekking tot de seksuele gezondheid van vrouwen, aangezien deze bevindingen gevolgen kunnen hebben voor de integratie van seksuele gezondheid in de praktijk.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag: • P: borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundige • I: evidence-based aanbevelingen die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen • C: / • O: verbeteren van het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners	Ja, het onderzoek biedt aanbevelingen voor oncologieverpleegkundige om seksualiteit bij patiënten bespreekbaar te maken, inclusief de communicatieve uitdagingen tussen patiënt en zorgverlener. De PICO van het onderzoek: P: vrouwelijke kankeroverlevenden I: interventies gericht op seksuele gezondheid C: standaard zorg O: verbetering van seksuele gezondheid met focus op laag seksueel verlangen, vulvovaginale klachten, negatief lichaamsbeeld en seksuele partnerrelaties en verbetering van patiënt-zorgverlener communicatie over seksuele gezondheid Dit komt erg overeen met mijn PICO. Mijn populatie borstkanker patiënten valt ook onder de vrouwelijke kankeroverlevenden.
Is deze bron actueel?	Ja, de bron is uitgegeven 3 augustus 2023. Het onderzoek includeerde artikels die sinds 2017 zijn uitgegeven.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Het artikel is uitgegeven in het Journal of Clinical Oncology. Dit is een peer-reviewed tijdschrift uitgegeven door de American Society of Clinical Oncology (ASCO), wat wijst op een hoge kwaliteitsstandaard.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	Universiteit van Tennessee College of Nursing, Knoxville: • Noël Arring, PhD, DNP, RN1 • Debra L. Barton, PhD, RN, FAAN, FASCO1 Cancer Prevention and Control Program, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia: • Jennifer B. Reese, PhD, FSBM Ondersteund door: the Breast Cancer Research Foundation
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Ja, de belangenconflicten worden duidelijk aangehaald en verder doorverwezen in het onderzoek. • Alle relaties worden beschouwd als gecompenseerd tenzij anders vermeld. Relaties zijn persoonlijk, tenzij anders aangegeven. • I= direct familielid • Inst= Mijn instelling • Relaties hoeven niet gerelateerd te zijn aan de inhoud van het onderzoek.

	Voor meer informatie wordt er doorverwezen naar het beleid van ASCO. Specifiek vermelden ze dat: • Noël Aring werkzaam is bij Beachbody • Debra L. Barton onderzoeksfinanciering heeft ontvangen van Merck
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	De auteurs voerden een narratieve review uit. Dit op basis van interventieliteratuur met betrekking tot de seksuele gezondheid van vrouwelijke kankeroverlevenden, vanaf diagnose tot en met de behandeling en de periode erna. De focus van de literatuur lag op de 4 kernproblemen. Deze werden geselecteerd vanwege hun hoge prevalentie en de emotionele belasting die ze met zich meebrengen. De literatuur werd gezocht in PubMed en Embase. Dit naar de 4 concepten: 1. Seksueel verlangen 2. Vulvovaginale symptomen 3. Negatief lichaamsbeeld 4. Intieme partnerrelaties Ook zochten de auteurs naar literatuur over communicatie over seksuele gezondheid in de context van kanker bij vrouwen. Ten slotte werden hiernaast handmatige zoekacties uitgevoerd in de referentielijsten van relevante artikels en via citatiezoekopdrachten. De studie omvatte uitsluitend Engelstalige publicaties vanaf 2017, met een focus op klinische onderzoeken, waarbij RCT's de voorkeur kregen.
Design	Een narratieve review: literatuur samenvatten en analyseren over interventies rond het thema seksuele gezondheidsproblemen bij vrouwelijke kankeroverlevenden.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie: • Studies sinds 2017 gepubliceerd • Klinische trials (voorkeur RCT) • Interventies gericht op de 4 thema's • Engelstalige studies Exclusie: • Studies voor 2017 gepubliceerd • Geen directe interventies gebruikt • Niet- Engelstalige studies Selectiecriteria: De auteurs beschrijven hoe de narratieve review beperkingen heeft vergeleken met een systematische review. Dit heeft te maken met de selectie bias die mogelijks kan optreden. Dit kan doordat elke auteur een zoekopdracht heeft uitgevoerd binnen hun expertisegebied met de intentie om recente RCT's op te nemen die klaar zijn voor integratie in de praktijk. Vroege fase- en kleinere studies werden niet opgenomen, tenzij er een gebrek aan bewijs was binnen een bepaald domein. Daarnaast hebben de auteurs de review beperkt tot publicaties in het Engels. Dit kan taalbias veroorzaken. (Er zou echter in recente meta-analyses zijn aangetoond dat het inclusiecriteria van de Engelse taal geen invloed had op de conclusies van reviews)
Steekproef	De auteurs specificeren niet hoeveel studies er zijn opgenomen in de review en geven geen volledige lijst van de geïncludeerde studies. Dit is een bewuste keuze van de auteurs en een kenmerk van een narratieve review (minder gestructureerd dan een systematische review). De auteurs beschrijven de zoekstrategie en dat ze met voorkeur RCT's hebben opgenomen. De auteurs verwijzen in de tekst naar specifieke studies en meta-analyses om hun bevindingen te onderbouwen.

Interventie/observatie	De auteurs hebben vier kernproblemen geselecteerd op basis van hun hoge prevalentie en emotionele impact. Volgende interventies komen aan bod in de opgenomen RCT's: 1. Laag seksueel verlangen: Effectieve: • Psychoseksuele counseling • Cognitieve gedragstherapie • Positieve psychologische interventies • Educatieve en ondersteunende programma's Niet effectief of onvoldoende bewezen: • Farmacologische behandeling: ○ Bupropion geen significante verbetering ○ Flibanserin en Bremelanotide nog niet getest 2. Vulvovaginale symptomen Effectieve: • Niet hormonale lokale therapieën: ○ Vaginale moisturizers ○ lidocaïne 4% • hormonale lokale therapieën ○ estradiol ○ estriol ○ DHEA ○ Testosteron • Fysiotherapeutische interventies ○ Bekkenbodemspieroefeningen en yoga Niet effectieve of onvoldoende bewezen: • Lasertherapie onvoldoende bewijs 3. Negatief lichaamsbeeld Effectieve: • Psychoseksuele counseling • Cognitieve gedragstherapie • Psycho-educatieve programma's • Groepsfysieke activiteiten (pilates, belly dance) • Expressief schrijven Niet effectief: • Onvoldoende onderzoek naar frequentie en duur van lichaamsgerichte interventies 4. Seksuele partnerrelaties Effectieve: • Koppel gebaseerde psychoseksuele interventies met educatie over seks en kanker, communicatieoefeningen en sensate focus • Technologische interventies (apps, podcasts, online of telefonische interventies) • Training voor zorgverleners (beter bespreekbaar maken) Niet effectief: • Geen specifieke negatieve interventies vermeld: meer onderzoeken nodig naar zelfhulpstrategieën voor niet-gekoppelde patiënten
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Het artikel is kwaliteitsvol. Het beschrijft duidelijk de methode, doelen en kennishiaten als ook de mogelijke bias of belangenconflicten. De beperkingen van een narratieve review worden erkend en transparant besproken. Ik neem deze studie op in mijn literatuurselectie.

Wat zijn de resultaten van de bron?	De studie vermeld de resultaten weer verdeelt over de 4 thema's: Laag seksueel verlangen: • Psychoseksuele counseling en cognitieve gedragstherapie zijn effectief om verlangen te verbeteren • Technologische interventies tonen veelbelovend resultaat • Farmacologische behandelingen hebben nog een bewezen effect maar lopend onderzoek test Flibansein bij borstkankeroverlevende • Factoren zoals depressie, angst, relatieproblemen en lichaamsbeeld beïnvloeden seksueel verlangen: succesvolle interventies moeten meerdere aspecten aanpakken Vulvovaginale symptomen: • Niet-hormonale behandelingen, zoals polycarbophil-gebaseerde moisturizers en hyaluronzuur verbeteren vaginale droogheid en atrofie • Lidocaïne 4% kan effectief zijn tegen pijn bij penetratie • Hormonale lokale therapieën kunnen effectief zijn bij ernstige vaginale atrofie, maar moeten zorgvuldig worden afgewogen bij hormoongevoelige kankers • Laserbehandeling is onvoldoende onderzocht en wordt afgeraden • Fysiotherapeutische interventies zoals bekkenbodemoefeningen en yoga, lijken veel belovend maar nog onvoldoende bewezen Negatief lichaamsbeeld: • Psychoseksuele counseling en cognitieve gedragstherapie zijn effectief in het verbeteren van lichaamsbeeld en zelfacceptatie • Psycho-educatieve programma's helpen om beter om te gaan met fysieke veranderingen • Groeps fysieke activiteiten verbeteren lichaamsbeeld maar hebben hoge uitval • Expressief schrijven verbetert lichaamsbeeld en emotioneel welzijn op lange termijn • Jonge vrouwen en vrouwen met meer lichamelijke veranderingen ervaren meer problemen met lichaamsbeeld en kunnen extra ondersteuning nodig hebben Seksuele partnerrelaties: • Koppel gebaseerde psychoseksuele interventies verbeteren seksuele tevredenheid en communicatie • Partners spelen een belangrijke rol in het herstel van seksuele gezondheid en relatiedynamieken beïnvloeden hoe een vrouw haar seksuele identiteit en lichaam ervaart • Veel partners ervaren zelf seksuele problemen, dit kan wederzijdse frustratie en onzekerheid veroorzaken • Technologische oplossingen kunnen toegang tot ondersteuning verbeteren • Seksuele gezondheidszorg wordt nog steeds onvoldoende besproken in de klinische praktijk, ondanks duidelijke richtlijnen en de behoefte van patiënten
Wat is de conclusie van de bron?	Er zijn verschillende conclusies: • Seksuele problemen bij vrouwelijke kankeroverlevenden zijn onderbelicht en onvoldoende behandeld, ondanks de impact op levenskwaliteit • Effectieve interventies bestaan, maar worden nog niet breed toegepast in de klinische praktijk • Niet-farmacologische behandelingen zoals psychoseksuele counseling en educatie, zijn het meest effectief voor laag seksueel verlangen en lichaamsbeeldproblemen

	• Voor vulvovaginale klachten zijn niet-hormonale en hormonale lokale therapieën bewezen effectief, maar lasertherapie heeft nog geen betrouwbaar bewijs • Koppelinterventies werken goed, omdat partnerrelaties een grote invloed hebben op seksuele gezondheid • Communicatie tussen patiënt en zorgverlener over seksuele gezondheid is te beperkt, zorgverleners hebben nood aan training om dit bespreekbaar te maken • Technologie gebaseerde interventies hebben potentieel om toegankelijkheid te verbeteren , maar moeten verder onderzocht worden • Meer onderzoek is nodig naar multimodale behandelingen en ondersteuning voor diverse patiëntgroepen zoals niet-gekoppelde vrouwen en etnische minderheden De belangrijkste aanbevelingen: • Integreer seksuele gezondheid systematisch in kankerzorg • Verhoog toegankelijkheid van bewezen psychoseksuele interventies • Stimuleer zorgverleners om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken • Onderzoek hoe digitale interventies kunnen bijdragen aan zorgverbetering
--	---

10.1.4 Beoordeling Arends et al. (2024)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Arends, S. A. M., van Rossum, C. E., Eeltink, C. M., Robertus, J. E., Schoonmade, L. J., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2024). Feasibility and effectiveness of communication tools for addressing intimacy and sexuality in patients with cancer: a systematic review. <i>Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i> , 32(2), 109. https://doi.org/10.1007/s00520-024-08308-6
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De studie onderzoekt de haalbaarheid en effectiviteit van communicatietools die helpen bij gesprekken en ondersteuning bieden bij de veranderingen in intimiteit en seksualiteit bij kankerpatiënten. De belangrijkste onderzoeksvragen zijn: • Wat is de haalbaarheid van deze tools volgens zorgverleners en patiënten? • Wat is de effectiviteit van deze tools in het ondersteunen van gesprekken over seksualiteit en intimiteit? • Zijn er verschillen in effectiviteit en haalbaarheid tussen patiënten met gevorderde kanker, in een vroeg stadium en overlevenden?
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag: • P: borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundige • I: evidence-based aanbevelingen die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen • C: / • O: verbeteren van het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners	Ja, de onderzoeksvraag komt goed overeen met die van mij. De studie onderzoekt evidence-based communicatietools die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij oncologiepatiënten. Het biedt inzichten in de effectieve methoden als ook de uitdagingen voor zorgverleners. P: patiënten met kanker: hier vallen dus ook de borstkanker patiënten onder I: communicatie tools C: / O: effectiviteit en haalbaarheid van de communicatie tools
Is deze bron actueel?	Ja, de bron is actueel. De studie is gepubliceerd 17/1/2024 en omvat studies gepubliceerd van 2001-2023.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Ja, de studie is gepubliceerd in <i>Supportive Care in Cancer</i> , een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift. De methodologie volgt de PRISMA-richtlijnen en is geregistreerd in PROSPERO.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	Susanne A M Arends: • Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC • Amsterdam Public Health Research Institute

	- Center of Expertise in Palliative Care, VU University Medical Center, Amsterdam Carlijn E van Rossum: - Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC Corien M Eeltink: - Oncology Daycare Center, Dijklander Hospital, Hoorn Jantien E Robertus: - Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC Linda J Schoonmade: - Medical Library, VU University Amsterdam Anneke L Francke: - Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC - Amsterdam Public Health Research Institute - Center of Expertise in Palliative Care, VU University Medical Center - NIVEL. Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht Irene P Jongerden: - Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC - Amsterdam Public Health Research Institute - Center of Expertise in Palliative Care, VU University Medical Center De financiering van deze studie werd volledig verstrekt door een subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidszorgonderzoek en ontwikkeling. De financieringsovereenkomst waarborgde de onafhankelijkheid van de auteurs bij het ontwerpen van de studie, het interpreteren van gegevens, het schrijven en het publiceren van het rapport.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	In de studie verklaren de auteurs dat er geen belangenconflicten zijn.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	Deze studie is een systematische review.
Design	De studie voert een systematische review uit. Dit om studies te identificeren die zich richten op tools die communicatie tussen patiënten en zorgverleners ondersteunen over zorgen met betrekking tot intimiteit of seksualiteit. De review werd gerapporteerd volgens de PRISMA en het protocol is geregistreerd in PROSPERO. Er werd een uitgebreide zoekopdracht uitgevoerd in samenwerking met een medisch bibliothecaris (Linda J Schoonmade) in de bibliografische databases PubMed, Embase, Cinahl, APA PsycInfo, de Web of Science Core Collection en de Cochrane Library. Dit van de oprichting tot 26/6/2023. De zoekstrategie bestond uit vrije teksttermen en gecontroleerde termen voor “kanker” en “seksualiteit” of “intimiteit” en “communicatie”. Een zoekfilter werd gebruikt om kinderen uit te sluiten. Er werden geen taal- of tijdsbeperkingen opgenomen in de zoekstrategie. Daarnaast werden referentielijsten van alle opgenomen studies gecontroleerd op relevante documenten. Dubbele artikelen werden uitgesloten met behulp van Endnote X20.01. De volledige zoekstrategie is opgenomen in Aanvullend Materiaal III.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie: Alle soorten empirische kwantitatieve, kwalitatieve of gemengde methoden studies die zich richten op volgende thema's: - Tools die de communicatie tussen zorgprofessionals en patiënten bevorderen en/ of ondersteunen over zorgen en behoeften met betrekking tot intimiteit en seksualiteit. - Volwassen patiënten (18j of +) met elk type stadium van kanker, inclusief kankeroverlevenden. - Ziekenhuis- of poliklinische settings

	- Uitkomsten met betrekking tot de effectiviteit of haalbaarheid van de bovengenoemde communicatietools. Meer specifiek omvatten de uitkomsten: - Seksualiteit en kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg - Haalbaarheid: percepties, ervaringen m.b.t. bruikbaarheid, bereidheid om deel te nemen, duur van de interventie en uitval. Exclusie: In de eerste selectieprocedure kwamen studies met gemengde populatie naar boven. Deze hebben de auteurs na overleg uitgesloten, tenzij het mogelijk was om gegevens voor alleen patiënten met kanker te extraheren. Selectiecriteria: Titels en abstracten werden onafhankelijk gescreend door 2 beoordelaars op potentiële geschiktheid, met behulp van de systematische reviewsoftware Rayyan. Daarna screende 2 auteurs de volledige teksten op geschiktheid. Eventuele meningsverschillen werden opgelost door discussie met 2 andere onderzoekers. De procedure voor studieselectie en de resultaten worden verder beschreven en verduidelijkt in stroomdiagram figuur 1 in de studie. De methodologische kwaliteit van de opgenomen studies werd onafhankelijk beoordeeld door 2 beoordelaars m.b.v. de MMAT. Elke studie werd vervolgens geëvalueerd aan de hand van 5 kwaliteitsitems afhankelijk van het studieontwerp. Beide wordt verder verduidelijkt in de studie.
Steekproef	De literatuurzoekopdracht leverde 11269 referenties op. Na het verwijderen van dubbele vermeldingen werden 6472 referenties gescreend op geschiktheid op basis van titel en abstract. De auteurs sloten 6295 referenties uit, voornamelijk omdat deze studie zich niet richtten op volwassen patiënten met kanker of geen tool bevatten die communicatie tussen zorgverlener en patiënt ondersteunden. Na het lezen van de volledige tekst van de 177 overgebleven referenties, includeerden de auteurs 35 artikels: - Gepubliceerd tussen 2001-2023 - In het totaal werden er 2567 patiënten, 677 partners en 423 zorgprofessionals, waarvan de meerderheid verpleegkundigen opgenomen. - Merendeel van de patiënten was vrouwelijk - De gemiddelde leeftijd varieerde tussen 34,2-62,7 jaar bij de patiënten en tussen 47,4-61,6 bij de partners. Dit proces en de kenmerken van de opgenomen studies wordt verder uitgebreid beschreven in de studie.
Interventie/observatie	In de 35 studies worden verschillende interventies beschreven: - PLISSIT: meest gebruikte tool (11 studies), een specifiek en stapsgewijs model - EX- PLISSIT: 2 studies gebruikten het uitgebreide PLISSIT, dit verschilt van het originele model doordat het feedbackgericht is terwijl PLISSIT een lineair model is. - BETTER - EASSi - Zelfontwikkelde tools Van de 35 publicaties zijn er 34 studies die resultaten rapporteerden over effectiviteit. De tools werden toegepast in counseling, educatieve programma's en door verpleegkundig geleide interventies. Doelgroep van de tools: 13 studies richtten zich op tools die communicatie ondersteunen met individuele patiënten 9 studies richtten zich op tools voor koppels 5 studies richtten zich op tools voor groepen patiënten

	• 2 studies richtten zich op tools voor zowel individuele patiënten als koppels of groepen • 6 studies richtten zich op tools voor zorgprofessionals, voornamelijk verpleegkundigen en specialisten (tools werden toegepast in trainingssessies om hen voor te bereiden op gesprekken met patiënten)
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, het artikel is duidelijk kwaliteitsvol en voldoet aan alle voorwaarden. Het beschrijft erg transparant elk onderdeel.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De communicatietools die gebruikt werden in de opgenomen studies waren: PLISSIT, EX-PLISSIT, BETTER en EASSi. Deze werden beoordeeld op vlak van haalbaarheid op basis van 4 aspecten: Duur van interventie: • Het varieerde van 1 enkele sessie tot 8 sessies • De sessies duurde tussen 30-120 minuten • Voorbeelden: ○ PLISSIT-modellen: meestal 4-8 sessies, elk 45-90 minuten ○ Online interventies: 1 sessie tot langer traject van enkele weken ○ Telefoonbegeleiding: kortdurende sessies Gebruiksvriendelijkheid: • 10 studies werden gerapporteerd dat de tools bruikbaar en nuttig werden bevonden • Tool hielpen de bewustwording te vergroten en seksualiteit bespreekbaar maken • In 1 studie werd aangegeven dat de EASSi-tool minder geschikt was voor patiënten die zich medisch instabiel voelden of waar familieleden aanwezig waren bij gesprekken Bereidheid om deel te nemen: • 24 studies rapporteerden deelnamepercentages die varieerden van 19%-100% • Hoogste deelname 100% werd gerapporteerd in een studie met een klinisch verpleegkundig specialist voor individuele counseling en bij een groepsinterventie met probleemoplossende benadering • Laagste deelname 19% werd waargenomen in studies met individuele consultaties via PLISSIT • Deelname bij zorgverleners: 56.7%-87.5% van de zorgverleners was bereid om deel te nemen aan trainingssessies over seksualiteit en intimiteit Uitvalpercentage: • 25 studies rapporteerden uitvalpercentages die varieerden van 1.7%-57% • Laagste uitval 1.7% werd gerapporteerd in studies met koppelsessies • Hoogste uitval 57% werd gerapporteerd in studies waarbij PLISSIT-counseling werd aangeboden • De uitvalpercentages verschilden erg per type interventie De studies werden vervolgens beoordeeld op vlak van effectiviteit op basis van 4 aspecten: Verbetering in seksuele functie en tevredenheid: • 22 studies onderzochten de invloed op seksuele functie, communicatie en tevredenheid • Meetinstrumenten: ○ Female Sexual Function Index (13) ○ International index of erectile function (2) ○ Andere: CSFQ-14, PROMIS SexFS en SHIM • Resultaten:

	○ In 11 studies werd een significante verbetering gevonden in seksuele functie ○ PLISSIT-gebaseerde interventies in 5 studies tonen een sterke verbetering ○ Een studie met koppels toonde aan dat vrouwen sterke verbetering ervoerde in seksuele functie terwijl dit bij mannen minder groot was ○ 6 studies vonden geen significante verbetering Vermindering van seksuele zorgen en stress: • 2 studies onderzochten seksuele stress met de Index of Sexual Satisfaction en de Female Sexual Distress Scale-Revised • Beide studies vonden een duidelijke afname van seksuele stress vooral bij PLISSIT-gebaseerde counseling Verbetering van relatiekwaliteit en communicatie: • 5 studies onderzochten de invloed op relatiekwaliteit gemeten met Dyadic Adjustment Scale en Chinese versie van de Revised Dyadic Adjustment Scale • Resultaten: ○ 3 studies vinden significante verbetering in relatiekwaliteit bij zowel PLISSIT als BETTER-counseling ○ 1 studie toont middelgrote verbetering in relatiekwaliteit ○ 1 studie toont geen significante verbetering in relatiekwaliteit Verbetering van leven en psychologisch welzijn: • 19 studies onderzochten de kwaliteit van leven • Meetinstrumenten: ○ Sexual Quality of Life-Female in 5 studies ○ European Organisation for Research and Treatment of Cancer in 4 studies ○ Hospital Anxiety and Depression Scale in 3 studies • Resultaten ○ 17 studies vonden een significante verbetering in kwaliteit van leven ○ Verbetering in psychologisch welzijn en zelfvertrouwen in 6 studies ○ 2 studies vonden geen duidelijke verbetering
Wat is de conclusie van de bron?	De conclusies vanuit de studie zijn de volgende: • Effectiviteit en haalbaarheid van de communicatietools ○ De meeste tools zijn zowel haalbaar als effectief ○ PLISSIT werd het meeste gebruikt en bleek nuttig voor zowel patiënt en partner als ook zorgverleners ○ Aandacht voor veranderingen in intimiteit en seksualiteit is op zichzelf al waardevol ongeacht de gebruikte communicatiemethode • Positieve impact op seksuele functie en kwaliteit van leven ○ 20 studie toonde een significante verbetering aan na interventies met communicatietools ○ Seksuele tevredenheid, zelfvertrouwen en communicatie binnen relaties verbeterde ook • Zorgverleners ervaren barrières ○ Ondanks de effectiviteit van de tools ervaren zorgverleners nog steeds drempels ○ Gerichtte training en richtlijnen kunnen deze drempels verminderen en communicatie verbeteren Aanbevelingen: • Breed implementeren van communicatie tools • Meer training en educatie voor zorgverleners • Aandacht voor maatwerk en patiëntvoorkeuren • Vervolgonderzoek

10.1.5 Beoordeling Kelder et al. (2022)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Kelder, I., Sneijder, P., Klarenbeek, A., & Laan, E. (2022). Communication practices in conversations about sexual health in medical healthcare settings: A systematic review. <i>Patient education and counseling</i> , 105(4), 858–868. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.049
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De review wil resultaten van studies rond het communiceren in de praktijk met betrekking tot seksuele gezondheid binnen medische settings synthetiseren om zo zorgprofessionals suggesties te bieden over hoe dit onderwerp effectief bespreekbaar te maken.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag:	Ja, deze bron is relevant voor mijn onderzoeksvraag. Het geeft een algemeen en breed beeld over mijn gespecificeerde onderzoeksvraag. Wanneer ik mijn onderzoeksvraag gegeneraliseerd bekijk kom ik uit bij deze onderzoeksvraag. De studie onderzoekt het communiceren in een medische setting over seksuele gezondheid en biedt hierin evidence-based aanbevelingen aan zorgverleners. PICO: P: zorgprofessionals en patiënten in medische zorginstellingen die gesprekken voeren over seksuele gezondheid Mijn P legt in deze algemene populatie de focus op borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundigen. I: communicatiemiddelen die zorgverleners gebruiken bij het bespreken van seksuele gezondheid met patiënten C: / O: Het verbeteren van de communicatie over seksuele gezondheid in de zorg, door effectieve strategieën en aanbevelingen te voorzien aan zorgprofessionals. Deze outcome is wat mijn O ook wil bereiken.
Is deze bron actueel?	De bron is gepubliceerd 29/7/2021. (De zoekopdracht werd uitgevoerd in december 2019.) De bron is dus recent en nog actueel binnen deze context.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Het artikel is gepubliceerd in Patient Education and Counseling, een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift. Ook worden de PRISMA richtlijnen gevolgd.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	- Irene Kelder: Research Group Digital Business & Media, HU University of Applied Sciences Utrecht en Department of Obstetrics and Gynecology, Amsterdam UMC, University of Amsterdam - Petra Sneijder: Research Group Digital Business & Media, HU University of Applied Sciences Utrecht - Annette Klarenbeek: Research Group Digital Business & Media, HU University of Applied Sciences Utrecht - Ellen Laan: Department of Sexology and Psychosomatic OB-GYN, Amsterdam UMC, University of Amsterdam De studie vermeldt ook dat er geen subsidies ontvangen werden van financieringsinstanties in de publieke, commerciële of non-profitsector.

Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	De studie vermeldt dat er geen bekende concurrerende financiële belangen of persoonlijke relaties zijn die van invloed hadden kunnen zijn op de studie en de resultaten.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	Een systematische review met resultaten van discours analytische studies gesynthetiseerd volgens een richtlijn ontwikkeld door Parry en Land. (specifiek voor discours analytische studies)
Design	Voor data-extractie en kwaliteitsbeoordeling maakte de studie gebruik van sjablonen die speciaal voor dit type onderzoek zijn ontworpen. Ze hebben hier nog componenten aan toegevoegd specifiek voor conversatie analytische onderzoek. Dit gaat volgens de auteurs een uitgebreider inzicht geeft in de kwaliteit van de geïncludeerde studies. De auteurs rapporteerden in overeenstemming met de PRISMA-richtlijnen.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie: • Studies die gebruik maakten van analyses van audio- of audiovisuele opnamen • Studies die een discours analytische benadering hanteerden met een focus op sequentiële analyse • De studies die gebaseerd waren op natuurlijke interacties in zorgcontexten • Studies die zich richtten op de bespreking van seksuele gezondheid in relatie tot de medische conditie van patiënten • Peer-reviewed artikelen of boekhoofdstukken in het Engels waren De publicatiedatum werd niet beperkt. Selectiecriteria: De zoekstrategie werd opgesteld in samenwerking met Informatiespecialisten van de Hogeschool Utrecht. Deze zoekstrategie bestond uit de zoektermen in de volgende categorieën: 1. Seksuele gezondheid 2. Communicatie 3. Zorgcontexten 4. Audio- en video-opnamen In december 2019 doorzochten de auteurs volgende databanken: PubMed, CinahlPlus met Full Text, PsychINFO, Web of Science en Communication and Mass Media Complete. Na het doorzoeken verwijderde 1 auteur (IK) alle duplicaten en voerde een screening uit op titels en samenvattingen om potentiële relevante artikelen te identificeren. De overige publicaties en aanvullende werden volledig gelezen en beoordeeld door 2 auteurs. Bij twijfel werd overlegd tot consensus. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van bestaande kennis tussen de auteurs om potentieel relevante publicaties toe te voegen. Online specialistische bibliografieën en referentielijsten van reeds gevonden studies werden ook gescreend om aanvullende studies te identificeren.
Steekproef	De zoekactie leverde 1743 studies op. Na het verwijderen van duplicaten bleven er 1211 studies over voor screening. Uiteindelijk werden 35 studies volledig gelezen. Na beoordeling werden 5 studies opgenomen in de synthese. Figuur 1 toont het verloop van het reviewproces. In alle geselecteerde studies werd een multi-case analyse uitgevoerd van 1 op 1 interacties. Het aantal deelnemers per studie werd niet altijd gespecificeerd. Tabel 1 bevat meer informatie over de kenmerken van de geïncludeerde studies.

Interventie/observatie	De gegevensextractie uit de studies op basis van volgende thema's: • Publicatiegegevens • Land waarin de gegevens verzameld werden • Methodologische aanpak • Setting • Aantal en kenmerken van deelnemers • Aantal sprekers in een interactie • Omvang van dataset • Type opname • Kenmerken van de bestudeerde gesprekken De studie analyseerde dan op basis van deze gegevens hoe zorgverleners seksuele gezondheid ter sprake brengen en welke communicatiepraktijken effectief of juist belemmerend werken. Dit doen ze in volgende thema's: • Het vermijden van gevoelige termen • Het uitstellen van mogelijke gevoelige woorden en onderwerpen • Het gebruik van veronderstellend taalgebruik • Het geven van gegeneraliseerd advies • Het inzetten van uitspraken van patiënten • Depersonalisatie • Advies dat door de patiënt zelf wordt geïnitieerd
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, de bron is kwaliteitsvol en wordt opgenomen in de literatuurselectie.
Wat zijn de resultaten van de bron?	Uiteindelijk werden 35 studies volledig gelezen. Na beoordeling werden 5 studies opgenomen in de synthese. De review bevat dus slechts vijf studies, wat een beperking vormt voor de eventuele generaliseerbaarheid van de bevindingen. De resultaten worden onderverdeelt in 7 thema's: Vermijden van gevoelige termen: • Zowel zorgverleners als patiënten vermijden gevoelige termen zoals "vagina" door gebruik te maken van vage, neutrale algemene terminologie. • Wanneer professionals algemene vragen stelden, gaven patiënten geen conformerend antwoord. Neutrale termen helpen morele connotaties te vermijden en geven patiënten de ruimte om eigen termen te kiezen. Het stelt ook professionals in staat beknopt te kunnen blijven. • Patiënten die neutrale termen en indirecte taal gebruiken, laten de interpretatie over aan de zorgverlener. • Zowel patiënten als zorgverleners gebruiken pronominaal verwijzingen zoals "het" en "dat". Aangezien de gevoelige onderwerpen waarnaar deze voornaamwoorden verwijzen eerder al geïntroduceerd worden, leidt dit niet tot interpretatieproblemen. • Het volledig weglaten van gevoelige termen wordt niet aanbevolen en benadrukt de gevoeligheid en stereotypen van het onderwerp. Het uitstellen van mogelijke gevoelige woorden en onderwerpen • Het uitstellen van gevoelige onderwerpen toont aan hoe delicaat het gespreksonderwerp is. • Door pauzes, aarzelingen, spraakstoornissen, lachen en zelfcorrecties te gebruiken, laten zorgverleners zien dat ze de gevoeligheid van de onderwerpen erkennen en respecteren. Dit draagt bij aan hun professionaliteit, maar toch moeten professionals er zich van bewust zijn dat uitstel kan leiden dat seksuele gezondheidsproblemen van patiënten niet of deels besproken worden.

	Het gebruik van veronderstellend taalgebruik • Uit alle studies blijkt dat veronderstellingen in zowel vragen als adviezen niet aansluiten bij de werkelijke situatie, het gedrag en de behoeften van patiënten. Daarom wordt het gebruik van veronderstellingen afgeraden. • Het kan leiden tot een ongemakkelijk gevoel bij patiënten, irrelevante aanbevelingen zonder duidelijkheid rond de bruikbaarheid van het advies. Het geven van gegeneraliseerd advies • Het geven van gegeneraliseerd advies op basis van een hypothetische situatie is niet afgestemd op specifieke behoeften en gedragingen van patiënten en kan daarom genegeerd worden • Patiënten reageren op dit advies meestal niet en geven er minimale erkenning voor. • Hoewel het advies de patiënt in staat stelt zelf te bepalen of het relevant is voor de situatie, lopen zorgverleners dus het risico dat het niet aansluit bij de werkelijke behoeften van de patiënt. Effectiviteit blijft dus onduidelijk. Het inzetten van uitspraken van patiënten • Zorgverleners stellen vragen voordat ze het onderwerp seksualiteit aanbrengen. Door de informeren kunnen ze advies aanbieden op een manier die aansluit bij de behoeften van de patiënt. Dit stelt zorgverleners op als competente gesprekspartners. Echter? Veel vragen stellen kan tijdrovend zijn, zeker wanneer de patiënten terughoudend zijn over dit onderwerp. Ook kunnen zorgverleners hierdoor bemoeizuchtig en confronterend overkomen. • Zorgverleners gebruiken opmerkingen van patiënten over relaties om het onderwerp seksualiteit te introduceren. Wanneer patiënten zelf over hun relatie beginnen, stellen professionals vervolgens vragen over seksualiteit. Dit leidt tot uitgebreidere reacties van patiënten dan wanneer professionals zelf over het onderwerp beginnen. • Zorgverleners markeren samen met patiënten de gevoeligheid van het onderwerp door gebruik te maken van voornaamwoorden, weglatingen en termen die de patiënten hanteren. Opvallend is dat de patiënten de termen van zorgverleners niet overnemen. Het spiegelen van patiënten als zorgverlener leidt tot uitgebreidere reacties. • Over het algemeen kunnen zorgverleners het taalgebruik van patiënten benutten en herhalen. Dit laat zien dat ze inspelen op de behoeften en zorgen. Dit biedt een effectieve manier om seksualiteit bespreekbaar te maken. Depersonalisatie • Het stelt de patiënten en zorgverleners in staat om gevoelige onderwerpen op een discrete manier te bespreken, zonder direct te verwijzen naar de persoon die bij de handeling betrokken is. Echter kan dit ook de gevoeligheid van het onderwerp vergroten. • Het kan wel waardevol en professioneel ervaren worden. Advies dat door de patiënt zelf wordt geïnitieerd • Voor patiënten een vraag stelden, bereidde ze dit zorgvuldig voor. Tijdens de opbouw, zijn de zorgverleners stil. Zo moedigen ze de patiënten aan om te spreken. • Hoewel dit zelden voorkwam, bleek dat ze vaker expliciete erkenning gaven wanneer ze zelf advies hadden gevraagd dan wanneer de zorgverlener dit initieerde. Dit duidt op een grotere openheid wanneer het door de patiënt zelf wordt bevraagd. • Zorgverleners kunnen daarom aandacht besteden aan het type erkenning dat patiënten geven, omdat dit iets zegt over de openheid naar advies toe.
--	---

Wat is de conclusie van de bron?	De effecten van communicatie praktijken hangen af van de context waarin ze worden toegepast: Omgaan met de gevoeligheid van het onderwerp: • Zorgverleners kunnen neutrale termen gebruiken om morele connotaties te vermijden, maar het volledig weglaten wordt afgeraden. • Het uitstellen van seksuele onderwerpen kan de gevoeligheid erkennen maar mag niet leiden tot het negeren van het probleem. • Depersonalisatie helpt discreet te spreken over seksualiteit. Verhogen van responsiviteit: • Wanneer zorgverleners eerst informatie verzamelen over de patiënt, helpt dit om het advies beter af te stemmen op individuele behoeften. • Algemeen advies is minder nuttig, maar kan soms efficiënt zijn. • Wanneer patiënten zelf advies vragen, toont dit een grotere ontvankelijkheid voor advies. • Stiltes laten vallen en patiënten uitnodigen om vragen te stellen kan helpen patiënten zich comfortabeler te laten voelen. • Het spiegelen van patiënten verhoogt de responsiviteit van patiënten. Vermijden van aannames: • Suggestieve vragen en aannames over wat normaal seksueel gedrag is, kunnen patiënten afschrikken en hen ervan weerhouden open te spreken over hun ervaringen. • Ook in het bieden van advies is dit belangrijk, aangezien gegeneraliseerd advies vaak ineffectief is. Zorgverleners hanteren verschillende strategieën om seksualiteit met patiënten te bespreken in natuurlijk voorkomende interacties. Veel communicatiepraktijken illustreren de gevoeligheid van het onderwerp, maar sommige kunnen helpen deze gevoeligheid te hanteren zonder seksualiteit te mystificeren. Effectieve communicatie helpt patiënten zich comfortabeler te voelen en voorkomt aannames of vage taal die morele waarden impliceren. Aanbeveling: zorgverleners moeten worden getraind om gevoelig en responsief om te gaan met seksuele gezondheid in gesprekken. Dit kan worden gedaan door reflectie op hun eigen communicatie in de praktijk. Het verbeteren van deze vaardigheid kan bijdragen aan betere zorg.
---	---

10.1.6 Beoordeling Albers et al. (2020)

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Albers, L. F., Palacios, L. A. G., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2020). Can the provision of sexual healthcare for oncology patients be improved? A literature review of educational interventions for healthcare professionals. <i>Journal of cancer survivorship: research and practice</i> , 14(6), 858–866. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00898-4
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het doel van deze studie is om de effectiviteit van educatieve interventies te onderzoeken bij het verbeteren van seksuele zorgverlening voor kankerpatiënten. De studie richt zich op hoe onderwijs en training voor zorgprofessionals kan bijdragen aan het beter bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de oncologie.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag? Welke evidence-based aanbevelingen kunnen oncologieverpleegkundigen ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten, met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners? Mijn onderzoeksvraag: • P: borstkankerpatiënten en oncologieverpleegkundige • I: evidence-based aanbevelingen die oncologieverpleegkundige kunnen ondersteunen • C: / • O: verbeteren van het bespreekbaar maken van seksualiteit bij borstkankerpatiënten met aandacht voor de communicatieve uitdagingen en verwachtingen van zowel patiënten als zorgverleners	Ja, de studie gaat dieper in op de rol van zorgverleners rond de seksuele gezondheid van oncologiepatiënten. Het biedt inzichten in effectieve educatieve interventies die verpleegkundigen kunnen ondersteunen. De studie geeft ook enkele aanbevelingen hoe verpleegkundigen hun kennis en vaardigheden kunnen verbeteren om seksualiteit beter te integreren. Dit is dus mooi toepasbaar op mijn onderzoeksvraag. P: oncologiezorgverleners die werken met kankerpatiënten I: educatieve interventies voor zorgverleners gericht op het verbeteren van seksuele zorgverlening C: / O: verbetering van kennis, comfortniveau, praktijkgedrag, frequentie van gesprekken over seksuele gezondheid met kankerpatiënten Mijn P is nog iets specifieker door de keuze borstkankerpatiënten en verpleegkundigen, maar deze vallen beide onder de P van de studie. Mijn O wordt ook bereikt door de O van de studie. De studie haalt de belemmeringen die zorgverleners ervaren mooi aan en wil hier aanbevelingen rond doen die voor verbetering zorgen.
Is deze bron actueel?	De bron is gepubliceerd 1/6/2020. De studie bevat table 2 waarin kenmerken van de geïnccludeerde studies worden opgesomd, inclusief jaartallen van publicatie (2009-2019). Er werd geen tijdslimiet gehanteerd bij het zoeken van de literatuur. Gezien de relevantie van het onderzoek is deze zeker nog actueel.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	De studie is gepubliceerd in het Journal of Cancer Survivorship, een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift. De studie is beoordeeld volgens de PRISMA-richtlijnen voor systematische literatuurstudies.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	Auteurs : • L F Albers • L A Grondhuis Palacios • R C M Pelger • H W Elzevier Department of Urology, Leiden University Medical Centre en Department of Medical Decision Making, Leiden University Medical Centre Financiering en sponsors worden niet vermeldt.

Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	De auteurs verklaren in de studie dat er geen belangenconflicten hebben plaatsgevonden en dat de studies ethisch goedgekeurd is.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	Deze systematische review is uitgevoerd volgens de richtlijnen van PRISMA.
Design	De literatuurstudie werd uitgevoerd in PubMed, PsychInfo, Embase en Emcare met behulp van een professionele wetenschappelijke bibliothecaris. De uiteindelijke zoekstrategie omvatte 3 sets zoektermen, die in de titel of samenvatting werden gekoppeld met "AND" en betrekking hadden op: oncologie, seksuele gezondheid en educatie. De initiële zoekopdracht leverde 1171 studies op. Eerst werden titels en samenvattingen gescreend op basis van inclusiecriteria door 2 auteurs. Indien een artikel werd geselecteerd, werd de volledige tekst beoordeeld. Indien er twijfel bestond over de inclusie, werd een derde auteur betrokken bij de consensusbespreking. Na screening van titels en abstracts werden 16 full-tekst artikelen beoordeeld op geschiktheid. Uiteindelijk werden 7 studies opgenomen in de review. Dit met in het totaal 572 zorgprofessionals. Deelnemers werkten met verschillende patiëntengroepen, waaronder borstkankerpatiënten. Deze 7 werden daarna beoordeeld op niveau van bewijs en dit werd bepaald door de richtlijnen van het Oxford Centre for Evidence- Based-Medicine. De kwaliteitsbeoordeling maakte gebruik van de Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools. Twee beoordelaars evalueerden de studies onafhankelijk van elkaar en wanneer er geen consensus werd bereikt, werd er een derde beoordelaar betrokken. Geen enkele studie werd uitgesloten op basis van de kwaliteitsbeoordeling.
In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	De inclusiecriteria voor de studie zijn vermeld in tabel 1. Studies waarin de interventiegroep werd vergeleken met een controlegroep of met een meting op baseline, werden opgenomen. Er werd geen tijdslimiet gehanteerd, aangezien er geen eerdere systematische review over dit onderwerp beschikbaar was. Inclusie: • Deelnemers: alle zorgverleners die werken met oncologische patiënten • Studieontwerp: kwalitatieve interventiestudies • Taal: Engels • Datum: geen beperking • Type interventie: Alle educatieve/ trainingsinterventies voor zorgverleners met als doel de verstrekking van seksuele zorg aan oncologische patiënten te verbeteren • Type uitkomst: studies die ten minste 1 meting voor de interventie en 1 meting na de interventie rapporteerden Exclusie: • Geen interventie gericht op zorgverleners • Geen educatieve interventie • Geen origineel onderzoek • Geen meting na de interventie • Geen kwantitatieve studie
Steekproef	Er werden 7 studies opgenomen in de review. Deelnemers: • 572 zorgprofessionals in de oncologie • 556 zorgprofessionals namen deel aan een interventie • 16 namen deel als controlegroep bij 1 studie • 384 verpleegkundigen en andere paramedische zorgverleners • 48 artsen • 9 seksuologen • 131 niet gespecificeerde functie

	• 2 studies richtten zich specifiek op zorgverleners die werken met borstkankerpatiënten • 1 studie richt zich op prostaatkankerpatiënten • Overige specificeerden zich niet Studieontwerp: (tabel 2) • 1 studie was een RCT met controlegroep • 6 studies hadden pre-post vragenlijstontwerp zonder controlegroep • 1 van de 6 maakte gebruik van audio-opnames van consultaties (mixed-methods) • De follow-up periode varieerde van direct na de interventie tot 16 maanden later • Kwaliteitsbeoordeling toonde aan dat de studies vergelijkbare resultaten hadden
Interventie/observatie	Een gedetailleerd overzicht van de bestudeerde interventies is te vinden in Tabel 3. De interventies bestonden uit een combinatie van: • Colleges • Symposia • Groepsdiscussies • Praktische sessies Alle interventies verschilden van elkaar en waren ontwikkeld door de auteurs of hun instellingen. Duur van interventies varieerde: • 4 studies boden 1-malige sessies aan • 1 studie bood een 5-daags trainingsprogramma aan • 1 studie bood een ziekenhuisbreed 2-jarig interventieprogramma aan • 1 studie bood 8 online tutorials aan verspreid over 8 weken Meetinstrumenten: In alle studies werden zelf gerapporteerde vragenlijsten gebruikt om de resultaten voor en na de interventie te meten. 1 studie gebruikte gevalideerde vragenlijsten die eerder in de literatuur waren beschreven en betrouwbaar waren bevonden. De overige studies ontwikkelde hun vragenlijsten zelf gebaseerd op: • Sociale cognitieve modellen • Richtlijnen • Eerdere studies • Expertopinie De vragenlijsten bevatten items over: • Kennis • Houding • Praktijkpatronen • Waargenomen barrières • Comfortniveau bij het bespreken van seksuele gezondheid Daarnaast bepaalde 1 studie klinische communicatie door: • Gesprekken tussen zorgverleners en patiënten te coderen uit audio-opnames • Patiënttevredenheid te meten via een vragenlijst • De gespreksduur vast te leggen. De geïncludeerde studies hadden volgende doelen: • Het beoordelen of zorgverleners voldoende kennis over seksuele gezondheid hadden verworven • Verbetering van de praktijk • Verhoging van de frequentie van gesprekken over seksuele gezondheid • Verhoging van comfortniveaus van zorgverleners • Vermindering van waargenomen barrières bij het bespreken van seksuele gezondheid

Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, de bron is kwaliteitsvol en wordt opgenomen in mijn literatuurselectie. Het geeft transparant de methode weer en beoordeelt de kwaliteit van geïnccludeerde studies. Ook erkent het beperkingen zoals de heterogeniteit van de studies en het gebrek aan lange termijn opvolging.
Wat zijn de resultaten van de bron?	Resultaten: 3 studies onderzochten in hoeverre deelnemers voldoende kennis en training hadden verworven om seksuele gezondheid te bespreken • 2 studies: significante stijging na interventie (bevatten meerdere educatieve momenten) • 1 studie: kennistest voor en na interventie, significante stijging 4 studies maten verandering in praktijk zoals: het verstrekken van mondelingen of schriftelijke informatie over seksuele gezondheid, het initiëren van gesprekken en doorverwijzing naar andere professionals • 2 studies: geen significante verbetering in de praktijk • 1 van deze studie onderzocht online interventies, de andere had een 35-uur durend programma verspreid over 5 dagen 4 studies onderzochten de frequentie van gesprekken over seksuele gezondheid • In 3 studies nam de frequentie toe • De studie zonder effect had langere follow-up 3 studies onderzochten de impact van de interventie op waargenomen barrières zoals; gebrek aan tijd, gebrek aan privacy, het onderwerp als moeilijk ervaren, schaamte, angst voor negatieve reacties van de patiënt • Alle 3 toonden een significante afname van deze barrières 6 studies onderzochten het comfortniveau bij het bespreken van seksuele gezondheid, gemeten als vertrouwen, houding of zelfeffectiviteit • 5 studies toonden een significante verbetering • Dit waren vaardigheidsgerichte interventies, zoals training met rollenspel 1 studie beoordeelde patiënttevredenheid en de duur van consult • Patiënttevredenheid veranderde niet significant in de loop van de tijd • De totale gespreksduur veranderde niet • De meeste gesprekken duurden minder dan 1 minuut
Wat is de conclusie van de bron?	De relatie tussen educatie en prestatie van zorgverleners is uitgebreid bestudeerd. De auteurs verwijzen naar een eerdere review die concludeerde dat live, face-to-face activiteiten effectief zijn, vooral wanneer deze worden gecombineerd met herhaalde blootstelling aan lesstof na de sessie. Daarnaast hebben meerdere educatieve technieken een groter lang termijneffect op praktijkprestaties dan een enkele techniek. De review toonden in dit geval ook aan dat face-to-face, vaardigheidsgerichte interventies een significante toename in het comfortniveau van de deelnemers bij het aangaan van gesprekken. Het oefenen van communicatievaardigheden in een veilige omgeving bleek hierbij cruciaal. Een kwalitatieve studie bevestigde dit en stelde dat een rollenspel de moed van deelnemers vergroot om gesprekken te starten. Face-to-face interventies zijn tijdsintensief en dit is al een barrière bij veel zorgverleners. Een studie beschreef gerichte, eenmalige training van 30-45 minuten. Na 6 maanden follow-up bleek zowel het comfortniveau als de frequentie van gesprekken toegenomen. Dit suggereert dat korte training al impact kan hebben. Om seksuele gezondheidszorg effectief te integreren is meer nodig dan alleen educatie. Ook financiële en organisatorische factoren spelen een rol zoals: beschikbare klinische ruimtes en duidelijke afspraken dat zorgverleners tijd mogen besteden aan seksuele gezondheidszorg. Er is momenteel geen eenduidig bewijs over de optimale vorm van seksuele gezondheidszorg binnen de oncologie.

	Enkele studies onderzochten niet-educatieve interventies: • Een screeningsinstrument (Brief Sexual Symptom Checklist for Women), gebruikt door oncologische zorgverleners, had geen significante impact op doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Bovendien verschenen meer dan de helft van de doorverwezen patiënten niet op hun afspraak. • Een verpleegkundig dossier gericht op seksuele zorg, gebaseerd op het PLISSIT-model, werd getest in een RCT. Dit had een significant effect op het zorggedrag van verpleegkundigen, maar er was geen effect op attitudes wat suggereert dat aanvullende vaardigheidstraining nodig is. • Multidisciplinair seksueel gezondheidsprogramma in een ziekenhuis: ○ Verschillende uitdagingen: gebrek aan financiering, tekort aan personeel, lange wachttijden vanwege grote vraag naar zorg ○ Patiënten kregen onvoldoende begeleiding tijdens reguliere oncologische behandeling. ○ De onderzoekers benadrukte dat oncologische zorgverleners seksuele gezondheid proactief moeten bespreken, om zo de noodzaak voor doorverwijzing te verminderen ○ Daarnaast is ondersteuning vanuit de verpleegafdeling en een interprofessionele samenwerking essentieel. Vanwege de heterogeniteit van de studies en resultaten, kon de review geen algemene aanbeveling maken. Desondanks kan gesteld worden dat seksuele gezondheid een belangrijk aspect is van het leven na kanker. Er is een grote vraag naar seksuele gezondheidszorg onder oncologische patiënten, maar veel zorgverleners missen de training en kennis om deze zorg effectief te bieden. De review biedt inzichten in bestaande interventies en educatieprogramma's en kan bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe interventies en studies. De studie concludeert dat zorgverleners bewuster worden door deze interventies van het belang van seksuele gezondheidszorg.
--	--

10.2 Tabel barrières en mogelijke oplossingen

Barrière	Oplossing
Patiënten gerelateerde barrières	
Leeftijd van de patiënt	Zorg voor gepersonaliseerde benaderingen door gebruik van gespreksmodellen die alle leeftijdsgroepen aanspreken. Verpleegkundigen kunnen trainingen volgen die hen helpen om seksuele zorg op een respectvolle en toegankelijke manier te bieden, afgestemd op de leeftijd van de patiënt.
Culturele en taalbarrières	Gebruik van culturele sensitiviteitstraining en tolkservices. Zet in op educatieve hulpmiddelen (zoals video's en online modules) die specifiek gericht zijn op culturele diversiteit. Zorg dat verpleegkundigen voldoende ondersteund worden.
Terughoudendheid van patiënten	Maak seksuele gezondheid bespreekbaar vanaf het eerste contact. Verpleegkundigen kunnen hun communicatievaardigheden verbeteren door gerichte training in gespreksvoering over seksualiteit. Het gebruik van gestructureerde communicatiehulpmiddelen, zoals het PLISSIT-model, kan drempels verlagen.
Communicatie gerelateerde barrières	
Aarzeling van zorgverleners	Zorg voor praktijkgerichte trainingen (bijvoorbeeld via rollenspellen) om het zelfvertrouwen van zorgverleners te vergroten. Gebruik feedbacksessies om het comfort van zorgverleners te verhogen. Online en face-to-face sessies kunnen hierbij helpen, met focus op het verbeteren van gespreksvaardigheden.
Gebrek aan gespreksvaardigheden	Organiseer trainingsprogramma's die specifiek gericht zijn op communicatie over seksuele gezondheid. Bied gespreksmodellen zoals PLISSIT, EX-PLISSIT en BETTER aan, zodat zorgverleners concrete handvatten krijgen om gesprekken te voeren. Verpleegkundigen moeten reflecteren op hun eigen drempels en zich comfortabel voelen in het bespreken van seksualiteit.
Angst om de patiënt te kwetsen	Maak gebruik van sensitieve en niet-oordelende communicatie. Oefen met gespreksstrategieën die zowel de sensitiviteit voor de patiënt waarborgen als het gesprek over seksualiteit bevorderen. Verpleegkundigen kunnen leren om neutraliteit in taal te bewaren en geen aannames te doen over de wensen van de patiënt.

Structurele barrières	
Tijdsgebrek	Ontwikkel kortdurende, efficiënte interventies, zoals 30-45 minuten durende sessies, die goed in de dagelijkse praktijk passen. Verpleegkundigen kunnen via e-learning of podcasts flexibel leren zonder extra tijdsinvestering in hun reguliere werk.
Gebrek aan privacy	Zorg voor een fysieke ruimte die privacy waarborgt, en integreer seksuele gezondheid gestructureerd in de reguliere zorgtrajecten, zodat patiënten zich comfortabel voelen om hun seksuele gezondheid ter sprake te brengen.
Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden	Maak duidelijk wie verantwoordelijk is voor seksuele gezondheid in de zorg. Stimuleer interprofessionele samenwerking, zodat seksuele zorg niet alleen de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen is, maar van het hele zorgteam. Verpleegkundigen kunnen via hun opleiding leren hoe ze de verantwoordelijkheid in deze zorg op zich nemen.
Kennis gerelateerde barrières	
Onvoldoende kennis van seksuele gezondheid	Zorg voor gestructureerde educatie over seksuele gezondheid, zoals trainingsmodules en interprofessionele symposia. Bied interactieve, praktijkgerichte trainingen die zowel kennis als vaardigheden verbeteren. Het PLISSIT-model kan hierbij als handvat dienen om praktische toepassing van kennis te bevorderen.
Onbekendheid met geschikte communicatietools	Introduceer en oefen gespreksmodellen zoals PLISSIT en BETTER. Trainingen moeten verpleegkundigen vertrouwd maken met verschillende tools die hen kunnen helpen om seksuele gezondheid toegankelijker te maken voor de patiënt. Tools zoals digitale educatie (bijv. podcasts) kunnen ook helpen bij het vergroten van het gebruik van geschikte communicatietools.
Gebrek aan gerichte opleiding	Zorg voor verplichte bijscholing op het gebied van seksuele gezondheid en communicatie. Stimuleer reflectie op eigen drempels en communicatievaardigheden, en bied ruimte voor feedback en oefening via gerichte trainingen. Korte, maar herhaalde trainingssessies kunnen effectief zijn voor langdurig leren.
Niet herkennen van de seksuele behoeften van patiënten	Integreer het bespreken van seksualiteit als standaard in zorgplannen en het dagelijks zorgtraject. Verpleegkundigen moeten leren om seksuele behoeften expliciet te vragen en zich bewust te zijn van de impact van ziekte en behandeling op het seksuele welzijn. Het gebruik van gespreksmodellen helpt om deze behoefte te herkennen en bespreekbaar te maken.

(Xu et al., 2023; Pimsen et al., 2024; Arring et al., 2023; Arends et al., 2024; Kelder et al., 2022; Albers et al., 2020)

10.3 Tabel evidentie communicatietools

Uitkomstmaat	Aantal studies	Interventies	Meetinstrumenten	Resultaten
Seksueel functioneren	11	5x PLISSIT bij individuen	Female Sexual Function Index (FSFI), Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14), International Index of Erectile Function (IIEF), Lasry Sexual Functioning Scale (LSFS), Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Sexual Function and Satisfaction (PROMIS SexFS), Sexual Health Inventory for Men (SHIM)	Significante verbetering, vooral bij individuele patiënten
Seksuele stress	2	1x PLISSIT bij individuen, 1x telefonische interventie bij koppels	Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R), Index of Sexual Satisfaction	Afname in seksuele stress in beide studies
Relatietevredenheid	4	1x PLISSIT bij individuen, 1x BETTER-counseling, 1x psychosociale interventie bij koppels	(Brief) Dyadic Adjustment Scale (DAS), Chinese version (CR-DAY)	Significante verbetering in 3 van de 4 studies
Kwaliteit van leven	17	3x PLISSIT bij individuen (positief), 5x PLISSIT bij individuen, groepen of koppels (geen effect)	Sexual Quality of Life-Female (SCOL-F), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30), WHO Quality of Life Questionnaire-BREF (WHOQoL-BREF), Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), EORTC-QLQ-BR23, Medical Outcomes Study Health Survey Short Form (SF-12), zelfontwikkelde vragenlijsten	Wisselende resultaten; verbetering in 7 studies, geen effect in 10
Psychologisch welzijn	3	1x educatieve interventie (angst), 1x educatieve verpleegkundige interventie (depressie), 1x PLISSIT bij individuen	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Self-Rating Depression Scale (SDS), Body Image Scale (BIS)	Afname in angst en depressie; verbetering lichaamsbeeld en afname behandelingsgerelateerde klachten
Tevredenheid over communicatie	1	PLISSIT-training voor zorgverleners	Dyadic Sexual Communication Scale (DSCS), audio-opnames, zelfontwikkelde items, Olson Martial Quality Questionnaire	Meer gesprekken over seksualiteit, verbetering communicatiegedrag
Seksuele attitudes	1	E-learningmodule voor zorgverleners	Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS), patiëntenenquête	Significante verbetering; minder ervaren barrières

(Arends et al., 2024)

10.4 Implementatieplan

Doelstelling (SMART)	Acties	Taakverdeling	Timing	Communicatie	Evaluatie	Opvolging
Alle verpleegkundigen beschikken binnen één jaar over basiskennis, gespreksvaardigheden en zelfvertrouwen om seksualiteit bespreekbaar te maken.	- Invoering van seksuele gezondheid in basisopleiding en permanente bijscholingsaanbod. - Ontwikkelen van praktijkgerichte modules, zoals e-learningmodules en podcasts. Met inhoudelijke focus op communicatiemodellen zoals PLISSIT, BLISS en BETTER, die zorgverleners houvast bieden om gesprekken op een respectvolle en afgestemde manier te voeren en sensitieve gesprekstechnieken, waarbij ze neutrale taal leren gebruiken, veronderstellingen vermijden en inspelen op de woordkeuze en signalen van patiënten. - Jaarlijkse verplichte bijscholing. - Interne reflectiemomenten over persoonlijke drempels en taalgebruik.	Opleidingsverantwoordelijke hervormen van basisopleiding Verpleegkundig specialist: coachende rol, trainingen begeleiden, ondersteunen in het toepassen van de modellen en educatie tekorten opmerken.	Vanaf start academiejaar hervormingen invoeren Verankering door bijscholing jaarlijks te herhalen.	Aankondiging via teamvergadering door hoofdverpleegkundigen, intranet, e-learningplatform	Basisopleiding: testen van de kennis en vaardigheden door middel van integratie in zowel theoretisch examen als praktisch examen. Bijscholing: Pre- en posttest (kennis en attitude) en zelfevaluatie.	Hoofdverpleegkundige i.s.m. verpleegkundig specialist volgen effect bijscholing op. Opleidingsverantwoordelijke volgt examenresultaten op.

Seksualiteit wordt vanaf de diagnose bespreekbaar gemaakt in elk zorgtraject.	- Formulering van een vaste neutrale zin bij opname- en opvolgesprek. - Ontwikkelen en aanbrengen van folders, pictogrammen en infohoekjes op kamers en afdelingen. - Gebruik van FSFI en SQOL-F als ondersteunend meetinstrument.	Oncologieverpleegkundigen voeren de opname en opvolgesprekken en maken hierin seksualiteit bespreekbaar. Trajectbegeleider kan infobrochures, folder, ... meegeven met de patiënt en voorzien op de afdeling, kamers, ... Verpleegkundig specialist waakt erop dat de meetinstrumenten gebruikt worden en begrepen zijn door de verpleegkundigen en bieden hierin ondersteuning. VS en TB ontwikkelen de folders, pictogrammen, ... IT- dienst maakt registratie mogelijk in het elektronisch patiëntendossier.	Start zo snel mogelijk.	Via briefing, visuele affiches, teamvergaderingen, interne communicatie via mail,...	Aantal geregistreerde gesprekken in dossier, gebruik van meetinstrumenten, aantal uitgedeelde folders,...	Referentieverpleegkundige seksuele gezondheid, trajectbegeleiders, verpleegkundig specialist en coördinerend de hoofdverpleegkundigen
Seksualiteit is binnen 18 maanden geïntegreerd in zorgpaden, elektronisch patiëntendossier en teambeleid.	- Ontwikkeling van duidelijke richtlijn en protocol rond seksuele gezondheid. - Toevoegen van een apart zorgplan in het elektronisch patiëntendossier voor registratie en opvolging. - Seksualiteit opnemen als vast agendapunt in teamoverleggen, functionerings- en evaluatiegesprekken.	Verpleegkundig specialist en trajectbegeleider: opstellen van richtlijnen en zorgpaden. IT-dienst: aanpassen van het elektronisch dossier. Hoofdverpleegkundigen: integreren in teamwerking.	Start zo snel mogelijk.	Mail, teamvergaderingen, memo's, presentatie op overlegmomenten	Aantal ingevulde registraties, aanwezigheid van richtlijnen, feedback van medewerkers in teamoverleg.	Hoofdverpleegkundige in samenwerking met verpleegkundig specialist

Tegen eind 2026 duidt elke afdeling een referentieverpleegkundige seksuele gezondheid aan, of breidt de opdracht van bestaande referentieverpleegkundigen, zoals AYA-referenten, uit met specifieke aandacht voor seksuele gezondheid. Hierdoor wordt gebruikgemaakt van bestaande expertise en wordt het thema structureel ingebed in de verpleegkundige zorg.	- Selectie van verpleegkundigen per afdeling die deze rol willen opnemen. - Opleiding tot referent met focus op begeleiding bij gesprekken, opvolging implementatie en stimuleren teamleren. - Organiseren van intervisiemomenten rond seksualiteit. -Uitbreiding van functiebeschrijving uitwerken.	Hoofdverpleegkundigen: selectie en introductie. Ook het voorzien van opleidingsmogelijkheden en deze aanbieden. Verpleegkundig specialist: inhoudelijke begeleiding.	Start zo snel mogelijk.	Bekendmaking tijdens teamoverleg, intern nieuwsbericht, infoposter op afdeling	Evaluatie van rol via collega-feedback, betrokkenheid bij intervisies en opvolging gesprekken.	Hoofdverpleegkundige samen met de referentieverpleegkundigen.
Seksuele gezondheid wordt multidisciplinair ondersteund en ingebed in het zorgtraject.	- Uitwerken van een duidelijke en laagdrempelige doorverwijsstructuur naar seksuoloog, psycholoog, sociaal werker, ... - Opstart van multidisciplinair overleg (MDO) waarin seksualiteit een vast bespreekpunt is. - Aanstelling van aanspreekpersonen binnen elk team.	Trajectbegeleider: coördinatie van de doorverwijsstructuur. Seksuoloog/psycholoog: uitwerking van het MDO. Sociale dienst: meewerken aan ondersteuningsnetwerk.	Start zo snel mogelijk.	Bespreking via MDO, interne communicatie via mail en teamoverleg	Aantal doorverwijzingen, gebruik van MDO-notities, feedback van patiënten en medewerkers	Trajectbegeleider i.s.m. verpleegkundig specialist, hoofdverpleegkundige en referentie verpleegkundige.