

“

'Stel de vraag
of het de
gewoonste
zaak van de
wereld is'

”

‘Vraag er gewoon naar’

Patiënten die een kankerbehandeling ondergaan, ondervinden vaak problemen met intimiteit en seksualiteit. Hoe ga je daar het gesprek over aan? Nursing vroeg het seksuologe Kristel Mulders.

‘Een open houding is de start’.

tekst **Els Put** fotografie **Stefan Dewickere**

Kristel Mulders is seksuologe bij Universitaire Ziekenhuizen Leuven. Ze geeft les aan verpleegkundigen en leverde een bijdrage aan een nieuw internationaal standaardwerk over intimiteit en seksualiteit na kanker: 'Cancer, Intimacy and Sexuality - A Practical Approach'.*

Heeft kanker invloed op intimiteit en seksualiteit?

'Een volmondig "ja". Zestig tot tachtig procent van de kankerpatiënten heeft te maken met seksuele problemen. Het gaat dus om erg veel patiënten en hun partner. Geen zin hebben, pijn bij het vrijen of erectiestoornissen zijn voorbeelden van *functionele* seksuele problemen. Seksuele *belevings*problemen zijn bezorgdheden zoals "ik voel me geen vrouw/man meer" of "vindt mijn partner mij nog aantrekkelijk?" Ook kan er relationeel afstand tussen beiden groeien wanneer patiënt en partner op een verschillende manier omgaan met de diagnose en de behandeling en hun verlangens naar intimiteit en seksualiteit bekoelt.'

Hoe ga je als verpleegkundige het gesprek daarover aan?

'Alles start met het meenemen van vragen over intimiteit en seksualiteit in je dagelijkse zorg, ook zonder dat er een signaal komt van de patiënt. Heel wat mensen zijn immers kanjers in het vermijden van dat onderwerp. Daarom is het belangrijk dat je de vraag stelt alsof dat de normaalste zaak van de wereld is.

'Het gesprek aangaan betekent niet dat je zelf alle antwoorden moet hebben, het gaat om de **open houding**'

Een vraag als: Heb je diarree? stellen verpleegkundigen zonder gêne. Een aanvulling als: Niet te veel last van een droge vagina? is een vraag die even gewoon zou moeten zijn, maar vaak niet wordt gesteld. Als je uitlegt wat de nevenwerkingen zijn van antihormoonpreparaten bespreek je warmteopwellingen, gewichtstoename en gewrichtsklachten. Het zou vanzelfsprekend moeten zijn om ook het verminderd libido en een minder vochtige vagina te noemen. De drempel om over dit onderwerp te praten, is bij koppels en bij hulpverleners vaak hoog. Seks is voor velen iets wat je doet, niet iets waar je over praat.'

In hoeverre speelt de eigen beleving en voorgeschiedenis van de verpleegkundige mee bij het gesprek hierover?

'Daar kunnen we niet omheen. Hoe je zelf seksualiteit beleeft, heeft invloed op het durven bespreekbaar maken. Dat geldt ook voor onze opvoeding, wat we zelf hebben meegemaakt, wat onze normen en waarden zijn. Als je van jezelf weet dat iets je weerhoudt om dit gesprek aan te gaan, dan is het belangrijk dat je dat herkent en weet waar je grens ligt. Het gesprek aangaan betekent overigens niet dat je zelf alle antwoorden

moet hebben. De basis is een open houding naar de patiënt. En wanneer je je er niet comfortabel bij voelt om het gesprek voort te zetten en om op specifieke vragen te antwoorden, geef dan aan dat je de vraag doorgeeft aan een collega of andere zorgverlener.'

Wie mag welke informatie geven?

'Als we naar het PLISSIT-model (zie kader) kijken, start de communicatie met die open houding. Het is belangrijk in die eerste stap om het probleem van de patiënt te normaliseren zonder het te minimaliseren. De herkenbaarheid helpt de patiënt alvast vooruit. Het gevoel: 'Ik ben niet de enige die dit meemaakt', kan op zich al helend werken. Een tweede stap is beperkt informatie geven. Dat is een taak voor elke verpleegkundige en doe je als je hierover voldoende kennis hebt. Het is aan de verpleegkundige om zich te informeren over de bijwerkingen van chirurgie, chemotherapie, radiotherapie en medicatie. Als je je er comfortabel bij voelt, is een derde stap het geven van specifieke informatie en gerichte tips. Die derde stap is het domein van de oncologieverpleegkundigen. Wanneer je merkt dat een patiënt, partner of koppel meer hulp nodig heeft dan je in die eerste stappen kan verlenen, verwijs je in een vierde stap door naar een seksuoloog, oncopsiycholoog of relatietherapeut.'

Welke vragen mag je stellen als verpleegkundige, welke niet?

'Als je kan verantwoordend waarom je een vraag stelt, mag je alles vragen. Dan zijn er geen te intieme, indringende of grensoverschrijdende vragen. Bijvoorbeeld als je zegt: "We weten dat heel wat patiënten na prostaat chirurgie kampen met

HET PLISSIT MODEL

Om vragen over seksualiteit te beantwoorden, heb je de juiste attitude en kennis nodig en zet je de stappen die het PLISSIT-model structureert:

1. **Permission:** met een open houding geef je aan dat de patiënt over seksualiteit mag spreken
2. **Limited Info:** je geeft beperkt informatie
3. **Specific Suggestions:** je geeft specifiek advies
4. **Intensive Therapy:** je verwijst naar gespecialiseerde behandeling en opvolging

Stap 1 helpt veel patiënten al voldoende, slechts enkelen hebben begeleiding tot stap 4 nodig.

erectieproblemen. Hoe is dat voor jou?”, dan leg je ook uit waarom je die vraag stelt en komt die niet over als nieuwsgierigheid.

Wanneer je je niet comfortabel voelt om over seksualiteit te praten, voelt een patiënt dat meteen. Dan sluit hij zich vaak. Het is een hele drempel om dat te doen. Je oefent als verpleegkundige best in kleine stapjes en geeft jezelf de tijd om hierin te groeien. Voel je je onvoldoende bekwaam om het gesprek aan te gaan, dan kan je vormingen volgen, je informeren, boeken en artikels lezen. En luisteren naar de patiënt: hij is een belangrijke bron van informatie!

Heb je tips om mee te nemen in het contact met de patiënt?

‘Tijdens het eerste contact of de anamnese van de patiënt kan je vragen naar zijn relatie: heeft hij een partner, hoe lang al, heeft hij een gezin, een nieuw samengesteld gezin...? Door die vragen te stellen, krijg je al een idee van de kwaliteit van de relatie. Dat is belangrijke informatie voor later, tijdens de verwerking van de diagnose en de behandeling van kanker.’

Wanneer start ik het gesprek? In het begin, tijdens of na de behandeling?

‘Het is belangrijk om in het begin het onderwerp aan te kaarten. Maar niet op het moment van diagnose of tijdens de crisis, wel vroeg in de begeleiding en op regelmatige tijdstippen opnieuw. Patiënten geven namelijk vaak aan: “Waarom heb ik die info niet eerder gekregen?”

Een voorbeeld: een patiënte geeft tijdens de wondzorg na een borstamputatie aan: ‘Mijn

man gaat hier nooit naar willen kijken’. Hoe reageer je?

‘Een eerste vraag kan zijn: “Waarom denk je dat? Wat is je angst daarin?” Vaak is het niet de partner die daar niet mee om kan gaan, maar is de patiënt bang voor zijn reactie. Ik probeer dan uit te leggen dat het belangrijk is dat de partner in het ziekenhuis al even naar de wonde kijkt. Anders vertrekken ze in hun verwerkingsproces niet van hetzelfde niveau. Dat kan conflicten veroorzaken of een gevoel van onbegrip of schaamte. Thuis kan je je ook gemakkelijker verstoppen voor elkaar, waardoor een start in de verwerking voor de partner - het accepteren van een veranderd lichaam - uitgesteld wordt. Het belangrijkste is stilstaan bij de angst van de patiënt. Je kan er verder op ingaan met: “Wat heb je nodig om je partner te vragen om naar het litteken te kijken? Heb je graag dat ik erbij ben?” Sommige patiënten gaan daarop in, anderen niet, maar zijn opgelucht dat ze het ter sprake brachten. Ook in het gesprek met de partner staat de vraag “Wat heb jij nodig?” voorop.’

Wat staat vrijen na kanker het meest in de weg?

‘Vrijen komt vaak niet meer vanzelf op gang. Als je door de behandeling stilgevallen bent, is die drive er niet meer. Je zal een extra inspanning moeten doen om seksualiteit terug op te nemen. Een kankerbehandeling breekt een lichaam helemaal af. Patiënten moeten een hele weg afleggen in fysiek herstel. Hoe langer het duurt voor het vrijen weer op gang komt, hoe moeilijker het is. Heel wat seksuele problemen zijn te voorkomen als we er sneller over zouden spreken met patiënten en partners. Als zij er op tijd mee aan de slag gaan, verlaagt dat de drempel en voorkomt dat latere

ERVARINGEN VAN PATIËNTEN

Hoe patiënten en partners intimiteit en seksualiteit beleven na kanker, lees je in *Liefde onder druk - Relaties in tijden van kanker*, geschreven door Els Put, verpleegkundig journalist (en vaste freelancer van Nursing). Uitgeverij: Van Halewyck, 2016. Meer informatie: www.vanhalewyck.be.



problemen. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Hoe het koppel voordien functioneerde, speelt eveneens mee. Als de patiënt vroeger het vaakst het initiatief nam, dan kan het voor hen als koppel tijd vragen om vrijen terug op te nemen. De partner is soms ook bang om initiatief te nemen, wil de patiënt niet te veel belasten of is bang hem of haar pijn te doen. En vaak hebben patiënten het moeilijk om hun hoofd leeg te maken, om los te laten en net dat is een voorwaarde om opwindend toe te laten om te vrijen.’

* Kristel Mulders is seksuologe bij Universitaire Ziekenhuizen Leuven. Ze schreef samen met haar diensthoofd prof. Paul Enzlin, hoofd van het Centrum voor Klinische Seksuologie en Sekstherapie (CeKSS) van de UZ Leuven, mee aan twee hoofdstukken in het nieuwe internationale standaardwerk over intimiteit en seksualiteit na kanker: ‘Cancer, Intimacy and Sexuality - A Practical Approach’ van Y Reisman en WL Gianotten.¹

Literatuur

- 1 Reisman Y, Gianotten Woet L, Cancer, Intimacy and Sexuality - A Practical Approach, Springer, 2017
- Kanker en seksualiteit: het stilzwijgen doorbroken. Onderzoek naar het perspectief van de patiënt en de gezondheidszorgprofessionals, Masterproef door Steffi De Cock (KULeuven), promotor Paul Enzlin, KULeuven, 2015
- Katz A, Breaking the Silence on Cancer and Sexuality: A Handbook for Health Care Providers, Oncology Nursing Society, 2007

‘Je vraagt toch ook zonder gêne of iemand diaree heeft?’