

The logo of KU Leuven, featuring the text 'KU LEUVEN' in white, bold, uppercase letters on a dark blue rectangular background with a light blue border.

Faculteit Psychologie

2016-2018

Vaginale stenose en zijn psychoseksuele consequenties na pelviene bestraling:
onderzoek bij hulpverleners in kader van sensibilisatie.

*Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift
van de opleiding 'psycho-oncologie' door Lieve Gielen.*

Promotor: Hilde Toelen, psycholoog en seksuoloog UZ Leuven

Copromotor: Kristel Mulders, oncopsycholoog en seksuoloog Jessa Ziekenhuis Hasselt

Dankwoord

Graag wens ik iedereen die bijgedragen heeft aan het tot stand brengen van deze scriptie van harte te bedanken.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar de deelnemers van het onderzoek en de ziekenhuizen waarin zij tewerkgesteld zijn. Het is dankzij hun energie en tijdsinvestering dat we tot de huidige gegevens zijn kunnen komen.

Mijn promotor Hilde Toelen wil ik graag bedanken omdat ik mocht aansluiten bij het onderzoek en ze me hier maximaal mee in betrokken heeft. Dankzij haar was alles tot in de puntjes georganiseerd en kon ik ook steeds opnieuw weer rekenen op een kritische blik bij het schrijven van deze scriptie. Daarnaast wil ik ook mijn copromotor Kristel Mulders bedanken voor het nalezen van mijn eindwerk en het geven van constructieve feedback, en prof. Johan Vlaeyen voor het bieden van de nodige ondersteuning bij de statistische analyses.

Tot slot wens ik nog een laatste dankwoord te richten aan het Cédric Hèle instituut en Kom op tegen Kanker. Het CHI voor de organisatie van de interessante opleiding waarbinnen dit eindwerk kadert; Kom op tegen Kanker voor de financiële steun van het project.

Lieve Gielen

Abstract

Onderzoek

Wanneer de vagina in het bestralingsgebied ligt, kunnen vrouwen ernstige neveneffecten ervaren. Vergroeiingen van de vaginawand zullen seksuele gemeenschap en gynaecologische onderzoeken ernstig bemoeilijken. Het is belangrijk dat vrouwen tijdig informatie krijgen over deze neveneffecten en hoe ze hiermee kunnen omgaan. Toch wordt deze informatie hen vaak niet meegedeeld.

De doelstelling van ons onderzoek is tweeledig: 1. Hulpverleners sensibiliseren en kennis bijbrengen door deze onderling te delen, 2. Hulpverleners aansporen tot het aanstellen van minstens één referentiepersoon per ziekenhuis die de verantwoordelijkheid op zich neemt om bijwerkingen en (preventieve) maatregelen met patiënten te bespreken en hen hierin te ondersteunen.

Methode

Via een vragenlijst geven hulpverleners aan wat ze patiënten zouden adviseren over vaginale stenose, psychoseksuele neveneffecten en preventieve maatregelen, en of ze dit als hun taak beschouwen. Tijdens workshops worden deze resultaten besproken en worden guidelines meegegeven. Daarna wordt via dezelfde vragenlijst nagegaan of de kennis en het verantwoordelijkheidsgevoel van de hulpverleners veranderd is.

Resultaten

Bij vergelijking van voor- en nameting zijn belangrijke (maar soms niet significante) verschillen waarneembaar. Na de workshops geven hulpverleners bijvoorbeeld minder vaak aan over onvoldoende kennis te beschikken dan ervoor. Hoewel men ook meer dan voordien overtuigd is zelf het initiatief te moeten nemen, uit zich dit niet in het gedrag. Men blijft vaak vinden dat het spreken en ondersteunen niet tot het eigen takenpakket hoort. Daarnaast merken we wel dat men na de workshops meer overtuigd is van de noodzaak van referentiepersonen en dat deze ook vaker aangesteld worden dan voordien.

INLEIDING

Wanneer de vrouwelijke geslachtsorganen bestraald worden, kan dit ernstige neveneffecten vertonen op seksueel gebied. Naast de fysieke veranderingen kunnen deze seksuele problemen bovendien een grote impact hebben op zowel het psychologisch welzijn van de vrouwelijke patiënten alsook op de partnerrelatie. Het is daarom van cruciaal belang dat vrouwen vooraf de juiste informatie krijgen. Enerzijds over de mogelijke (psycho)seksuele neveneffecten na pelviene bestraling, anderzijds over hoe ze met deze veranderingen kunnen omgaan. Hulpverleners moeten hiervoor niet enkel de juiste expertise bezitten, maar zich tevens ook geroepen voelen om dit met hun patiënten te bespreken en hen hierin te ondersteunen.

Vaginale Stenose en Psychoseksuele Problemen na Pelviene Bestraling

Bestraling in het kleine bekken, pelviene bestraling genaamd, kan zowel uitwendig als inwendig plaatsvinden. In dit laatste geval spreekt men van brachytherapie, en wordt een radioactieve bron in het lichaam gebracht (Lancaster, 2004). Beide vormen van bestraling kunnen ernstige nevenwerkingen veroorzaken op seksueel gebied. Naar analogie van de literatuurstudie van Leroy, Gabelle Flandin, Habold en Hannoun-Lévi (2012) worden de neveneffecten opgedeeld in drie categorieën: fysieke veranderingen, psychoseksuele/psychologische veranderingen, en impact op de partnerrelatie.

Fysieke Veranderingen

De snelle celwisseling van het weefsel in de vagina en de vulva maakt deze lichaamsdelen erg gevoelig voor de effecten van bestraling, waardoor vaginale stenose kan ontstaan (Incrocci & Jensen, 2013). Lancaster (2004) geeft een gedetailleerde omschrijving van welke fysieke veranderingen er precies optreden in geval van stenose. Kort samengevat komt het er op neer dat de stralen directe schade kunnen berokkenen aan het vaginale slijmvlies, wat zowel atrofie als stenose in de hand werkt. Atofie wil zeggen dat er vaginale droogte optreedt omwille van verminderde vaginale vocht afscheiding. Stenose is een vorm van verharding of verlittekening van het vaginale weefsel, wat kan zorgen voor verklevingen van de vaginawand. Door de littekenvorming en de verklevingen neemt de elasticiteit van de vagina af en zal de vagina ook korter en smaller worden. Wanneer naast de vagina ook de eierstokken mee in het bestralingsveld liggen, kunnen deze verklevingen mogelijk nog ernstiger optreden (Denton & Maher, 2003). Premenopauzale vrouwen kunnen door bestraling van de eierstokken immers in

de menopauze terechtkomen, waardoor deze minder oestrogeen produceren. Dit kan zorgen voor meer atrofie en verdere verdunning van het vaginaal weefsel, wat uiteindelijk kan leiden tot een cumulatief effect van de nevenwerkingen (The International Clinical Guideline Group, 2012).

Over hoe vaak vaginale stenose voorkomt na pelviene bestraling, bestaan erg uiteenlopende cijfers. Deze gaan van 1.2% (Eltabbakh, Piver, Hempling & Shin, 1997) tot 88% (Hartman & Diddle, 1972), omwille van de methodologische verschillen in de onderzoeken. Zowel verschillende dosissen van bestraling als een inconsistente definiëring van het begrip vaginale stenose verklaren mee deze uiteenlopende cijfers (Lancaster, 2004).

De ernst van de fysieke nevenwerkingen is afhankelijk van het gebied dat bestraald wordt en de dosis (Bahng, Dagan, Bruner & Lin, 2012; Cullen et al., 2013). Voorkomende klachten zijn weinig tot geen seksuele interesse, dyspareunie (d.i. pijn bij het vrijen), verminderde vaginale lubricatie (d.i. natuurlijke bevochtiging van de vagina) en een afgenomen omvang van de vagina (Bakker et al., 2014; Bergmark, Avall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn & Steineck, 1999; Jensen et al., 2003; Juraskova et al., 2003). Er blijkt weinig verbetering te zijn op termijn. Enkel de acute fysieke veranderingen, zoals de verandering in geur en vaginale afscheiding, lossen zich vanzelf op na enige tijd.

Psychoseksuele/Psychologische Veranderingen

De ernst van de fysieke schade kan deels mee de impact bepalen op de psychoseksuele aanpassingen (bijv. de seksuele identiteit en het lichaamsbeeld). Een verkorte vagina, onvruchtbaarheid of een sneller optreden van de menopauze zorgen er respectievelijk voor dat penetratie moeilijk wordt, dat de mogelijkheid tot het moederschap wegvalt, of dat de vrouw klachten krijgt die niet bij haar leeftijd passen. Deze verwickelingen kunnen het gevoel van vrouw-zijn ernstig aantasten (Crowther, Corney & Shepherd, 1994; Laganà, McGarvey, Classen & Koopman, 2001; Leroy et al., 2012; Schultz, Van De Wiel, Hahn & Bouma, 1992). Ook andere klachten die gepaard gaan met de menopauze, zoals stemmingswisselingen, warmte-opwellingen, gewichtstoename en een verminderd libido, kunnen een invloed hebben op het vrouwelijk identiteitsgevoel.

Vrouwen met dergelijke klachten hebben vaak het idee dat ze niet meer seksueel aantrekkelijk zijn voor hun partner en vertonen hierdoor een gebrek aan zelfvertrouwen (Incrocci & Jensen, 2013; Stead, Fallowfield, Selby & Brown, 2007). Carr (2007) beschrijft dat mensen die zich fysiek onaantrekkelijk voelen, zichzelf onbewust beschermen opdat ze niet gekwetst zouden

worden. Dit doen ze door zich af te sluiten van intimiteit, wat vervolgens leidt tot een verlaagd libido. Daarnaast kan ook angst voor pijn de vrouwen ervan weerhouden om seksuele gemeenschap te hebben. De betekenis die aan de pijn gegeven wordt is hierin erg belangrijk (Crowther et al., 1994). Vrouwen kunnen bijvoorbeeld het idee hebben dat er bij pijn schade berokkend wordt, of dat de pijn betekent dat de kanker terugkomt (Crowther et al., 1994; Leroy et al., 2012; Stead et al., 2007).

Impact op de Partnerrelatie

Evenals Cullen et al. (2012), beschrijft ook Juraskova et al. (2003) dat vrouwen die recent behandeld zijn voor een gynaecologische kanker, seksueel contact zelf vaak niet als prioriteit beschouwen. Hun seksuele voldoening hangt veeleer samen met intimiteit binnen de relatie dan met geslachtsgemeenschap. Verschillende vrouwen uit het onderzoek beschrijven een grote angst voor seksueel contact. Toch blijven er veel nog seksueel actief, ondanks hun moeilijkheden. Ze doen dit om een gevoel van normaliteit te bekomen, om zich nog seksueel aantrekkelijk te voelen, om meer zelfvertrouwen te krijgen of om hun relatie in stand te houden (Stead et al., 2007). Sommige vrouwen gaan er immers vanuit dat voor de man de geslachtsgemeenschap wél het belangrijkste aspect is in de seksuele interactie. Ze vrezen dat, wanneer ze het seksueel verlangen van hun partner niet kunnen vervullen, deze zijn genot elders zal zoeken. Wanneer de partner op seksueel vlak afstand neemt, wordt dit vaak geïnterpreteerd als desinteresse. Bij koppels die openlijk communiceren en die een uitgebreider seksueel repertoire hebben komen dergelijke angsten minder voor. De partner zelf worstelt immers vaak met hele andere zorgen. Hij heeft angst zijn vrouw pijn te doen of lichamelijke schade te berokkenen, of wil haar niet tot last zijn gezien ze deze periode al zoveel moet ondergaan. Ook de vermoeidheid ten gevolge van een veranderd rolpatroon, waarbij de partner veel huishoudelijke taken op zich neemt, kan tijdelijk een lager libido veroorzaken. Het leren bespreken van deze verschillende bezorgdheden zal veel koppels helpen om terug te keren naar een voor hen 'nieuw bevredigend' patroon van seksueel functioneren.

Gevolgen van deze Neveneffecten op Seksualiteit

Door deze talrijke veranderingen op seksueel gebied, zal een deel van de vrouwen zelf nog weinig tot geen seksuele interesse vertonen na de bestraling. Hoewel veel patiënten die voor de behandeling seksueel actief waren, dit ook na de behandeling terug worden (63%), daalt de frequentie van seksuele gemeenschap meestal wel van wekelijks naar maandelijks. Dit kan

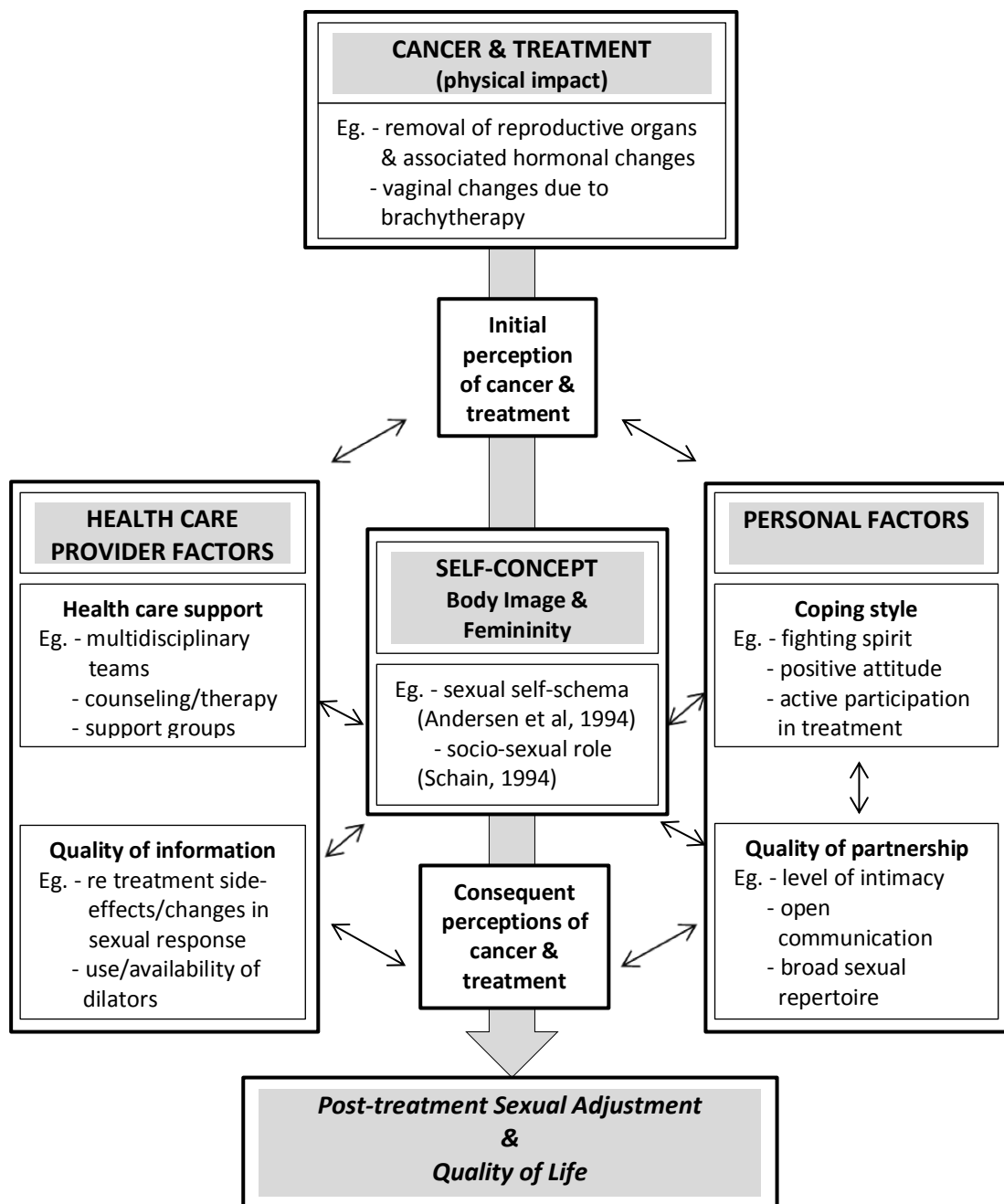
verklaren waarom 30% van de vrouwen na de bestraling ontevreden is met haar seksleven (Jensen et al., 2003). 70% is daarentegen dus wel tevreden met haar seksleven. Dit kan wellicht verklaard worden doordat vrouwen het gevoel van relationele intimiteit de belangrijkste factor achten om te spreken over seksuele (on)tevredenheid (Juraskova et al., 2003).

Het plezier in seksuele activiteiten hangt grotendeels samen met de mate van ongemakken die de vrouwen door de bijwerkingen ervaren. De fysieke veranderingen van de vagina kunnen er voor zorgen dat vrouwen veel pijn ervaren bij seksueel contact (Bergmark et al., 1999; Denton & Maher, 2003; Lancaster, 2004), waardoor ze minder geneigd kunnen zijn om nog met hun partner te vrijen. Daarnaast worden ook gynaecologische onderzoeken door deze fysieke veranderingen ernstig bemoeilijkt (Bahng et al., 2012; Lancaster, 2004).

Verschillende vrouwen geven aan dat ze een zekere mate van distress ervaren omwille van de bijwerkingen en de effecten ervan op hun seksueel functioneren (Bergmark et al., 1999). Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze bijwerkingen een negatieve impact kunnen hebben op de levenskwaliteit van deze vrouwen (Leroy et al., 2012; Stead et al., 2007).

Aanpassing aan Vaginale Stenose en Psychoseksuele Problemen

Naast Jensen et al. (2003), toont ook Juraskova et al. (2003) aan dat bovengenoemde bijwerkingen vaak langer dan twee jaar na de behandeling nog blijven aanslepen. In haar onderzoek worden er semi-gestructureerde interviews afgenomen van 20 vrouwen (19-64jaar) die allen een behandeling kregen voor een cervix- of endometriumcarcinoom (stadium I en II). Los van welke neveneffecten er gerapporteerd worden, blijkt dat er een groot verschil is tussen de vrouwen in hoe ze zich aan deze bijwerkingen kunnen aanpassen. Drie hoofdcomponenten spelen hierin een belangrijke rol: 1. factoren die gerelateerd zijn aan de zorgverlener (kwaliteit van info, mate van ondersteuning); 2. persoonlijke factoren (copingstijl, kwaliteit van de partnerrelatie); 3. zelf-concept (lichaamsbeeld, gevoel van vrouwelijkheid) (Figuur 1). Om de seksuele aanpassing en de levenskwaliteit van de vrouwen te verbeteren, dient er zoveel mogelijk ingespeeld te worden op de vernoemde factoren. Aangezien wij als hulpverlener in de eerste plaats een belangrijke rol spelen in het medelen van informatie en de mate van ondersteuning (hoofdcomponent 1), zullen we deze verder gedetailleerd bespreken.



Figuur 1. Model betreffende de hoofdcomponenten die seksuele outcomes kunnen beïnvloeden

Rol van de Hulpverlener

Kennis omtrent het Meedelen van Informatie

Conform de Wet betreffende de rechten van de patiënt (Belgisch Staatblad, 2002) dienen hulpverleners vrouwen die pelviene bestraling krijgen mee te delen dat vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten mogelijke bijwerkingen van de behandeling kunnen zijn. Over

het exacte tijdstip van mededeling bestaan er verschillende meningen (White & Faithfull, 2006). Volgens Juraskova et al. (2003) kunnen vrouwen zich beter voorbereiden op de bijwerkingen en hun mogelijke aanpak wanneer ze reeds voor hun behandeling hierover ingelicht worden. De vrouwen behouden hierdoor een gevoel van controle en ervaren minder woede en distress ten gevolge van plotse onvoorziene bijwerkingen (zie ook Carlsson & Strang, 1998).

Enkele studies wijzen erop dat frequent dilateren kan helpen in het indijken van de neveneffecten van vaginale stenose (Bahng et al., 2012; Denton & Maher, 2003). Wetenschappelijke evidentie is echter beperkt, doordat deze studies vaak methodologische beperkingen vertonen (Flynn, Kew & Kisely, 2009). Vanuit ethische redenen worden ze bijvoorbeeld niet gerandomiseerd (Denton & Maher 2003). Toch wordt vaginaal dilateren wereldwijd gezien als 'golden standard' om vaginale stenose te voorkomen (Bakker et al., 2014), daar de preventieve effecten ervan vaak worden waargenomen in de klinische praktijk (Juraskova et al., 2003). Regelmatig dilateren zou het risico op verkorting en vernauwing van de vagina verkleinen, gezien verklevingen doorbroken worden en de vagina steeds weer uitgerokken wordt (Lancaster, 2004; Robinson, Faris & Scott, 1999; Velaskar, Martha, Mahantashetty, Badakare & Shrivastava, 2007). Daarnaast lijken dilatatoren ook op psychologisch vlak een belangrijk voordeel te hebben: ze kunnen vrouwen het vertrouwen geven dat ze pijnloos een object in de vagina kunnen inbrengen. Zo zal ook de angst voor toekomstige gynaecologische onderzoeken afnemen (Carter, Goldrank & Schover, 2011; Cullen et al., 2013).

Voor het gebruik van de dilatatoren, kan er enerzijds verwezen worden naar de International Guidelines on Vaginal Dilation after Pelvic Radiotherapy (The International Clinical Guideline Group, 2012) die gebaseerd zijn op een review van de huidige literatuur rond de beschikbare wetenschappelijke evidentie, en anderzijds naar de onderzoeken van Bakker et al. (2014), Lancaster (2004) en White en Faithfull (2006). Zij voerden respectievelijk onderzoek uit in Nederland, Australië en het Verenigd Koninkrijk over hoe het gebruik van deze dilatatoren in de praktijk geadviseerd wordt. De belangrijkste resultaten van deze studies zijn terug te vinden in Bijlage 1. Hoewel er op verschillende vlakken consensus bestaat over het gebruik van dilatatoren, wordt in de vernoemde artikels beschreven dat er ook veel centra zijn die andere richtlijnen hanteren. De onderzoekers geven dan ook aan dat er een dringende nood is aan meer effectiviteitsonderzoek over preventieve maatregelen voor vaginale stenose, opdat hulpverleners in de toekomst uniforme richtlijnen zouden kunnen adviseren.

Ondanks het belang van dilateren, zijn er nog veel vrouwen die dit advies niet opvolgen (White & Faithfull, 2006). Om hen hiertoe meer te stimuleren, hebben Cullen et al. (2013) richtlijnen opgesteld die afgestemd zijn op de noden van vrouwen in de ondersteuning van het gebruik van dilatatoren. Deze richtlijnen zijn terug te vinden in Bijlage 2, gezien ze ook gebruikt worden in de workshops van ons onderzoek. Robinson et al. (1999) geven daarnaast ook aan dat vrouwen geholpen dienen te worden in het overwinnen van talrijke emotionele en psychologische barrières die het dilateren bemoeilijken. Het lijkt aangewezen dat ze op verschillende tijdstippen professionele ondersteuning krijgen. Robinson et al. (1999) beschrijven in hun artikel een psycho-educatief programma dat hieraan tegemoet tracht te komen.

Verantwoordelijkheid in het Bespreken van Seksuele Thema's en het Geven van Seksuele Ondersteuning

Vrouwelijke kankerpatiënten geven aan dat ze vaak zelf de moed niet hebben om een gesprek over seksualiteit aan te gaan met hun arts (Incrocci & Jensen, 2013; Stead et al., 2007). Volgens het onderzoek van Vermeer et al. (2014) kunnen demografische en sociale variabelen – zoals leeftijd en het belang dat aan seksueel functioneren gehecht wordt – mee bepalen of vrouwen hulp zoeken. Daarnaast houdt vooral schaamte hen tegen en het gevoel dat de arts overleving van de ziekte belangrijker vindt dan seksualiteit (Carr, 2007; Hordern & Street, 2007). Ze verwachten dan ook van hun arts dat deze zelf het gesprek over seksuele thema's initieert (Stead et al., 2007) en liefst ook geschreven informatie meegeeft (Vermeer et al., 2014). Vaak gebeurt dit echter niet. Veel hulpverleners vertonen weerstand in het bespreekbaar maken van seksualiteit, zelfs wanneer ze denken dat de patiënt effectief seksuele problemen ervaart (Incrocci, 2011). Om na te gaan welke barrières hulpverleners vaak ondervinden, verwijzen we naar Carr (2007; zie ook Gott, Galena, Hinchliff & Elford (2004); Hordern & Street (2007); Katz (2005); Stead, Fallowfield, Brown & Selby (2001)). Uit deze onderzoeken blijkt dat ook hulpverleners een zekere mate van schaamte ervaren om dergelijke gevoelige onderwerpen aan te snijden. Ze vrezen dat ze mensen zullen shockeren door over seks te praten en hebben angst om te diep in hun privé-sfeer door te dringen. Ook hebben ze vaak het gevoel dat het bespreken van seksuele thema's niet in hun takenpakket vervat zit en ze dit dus beter aan anderen overlaten. Ze gaan ervanuit dat deze anderen meer kennis en expertise hierover bezitten dan zijzelf en voelen zich daarom onzeker over hoe ze zo een gesprek zouden moeten aanpakken. Het is voor de hulpverlener dan ook comfortabeler om dergelijke onderwerpen

gewoon niet aan te snijden in het gesprek. Blijkbaar is er dus een discrepantie tussen overtuigingen en realiteit van zowel patiënten als hulpverleners over het bespreken van seksuele thema's. Uit Figuur 2 (Stead et al., 2001) blijkt duidelijk dat hulpverleners het wel nodig vinden dat patiënten deze informatie krijgen, maar achten ze het niet hun taak omwille van schaamte en gebrek aan kennis. Hierdoor nemen ze niet de verantwoordelijkheid op zich om het gesprek zelf aan te gaan. Patiënten geven duidelijk aan dat ze nood hebben aan het krijgen van deze info en initiatief van de hulpverlener, maar dat dit in de praktijk vaak niet gebeurt.

Belief and reality regarding communication about sexual issues and concerns in patients with ovarian cancer	
<p>Patients' beliefs Yes, medical staff should have talked to me about sexual issues:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "it would help you understand that it is normal to feel like I did after the chemo and the operation" - "I could have understood why I was having sexual problems if they'd have said 'you might have problems sexually because we've removed this or that'" - "it would have provided reassurance – light at the end of the tunnel" - "you should know what's going to happen instead of it hitting you like a tonne of bricks" 	<p>Healthcare professionals' beliefs Yes, we should discuss sexual issues with patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "which sexual problems may occur" - "why sexual problems may occur" - "reassurance that sexual activity will not cause a recurrence" - "reassurance that sexual problems are normal" - "advice or help is available"
<p>Patients' reality No, medical staff didn't talk to me about sexual issues:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "I didn't know much about how sex would be affected, I just had to go through and find out for myself" - "you have no idea about how the cancer will affect you sexually" - "nobody talks about sex and you wonder whether it is right that you feel different" - "the doctor said that if I was having problems with sex the hospital had creams to help me, but nothing else was said" 	<p>Healthcare professionals' reality No, we don't often discuss sexual issues with patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "it's not my responsibility" - "talking about sexual issues is too embarrassing" - "I'm not sure what types of sexual problems patients experience" - "I don't feel confident talking to patients about sexual issues" - "there's nowhere to talk to patients in private" - "there's no time to discuss sexual issues" - "I wait until a patient asks about sex"

Figuur 2. Attitude omtrent communicatie versus effectieve communicatie over seksuele thema's bij patiënt en hulpverlener

In Jensen et al. (2003) wordt aangehaald dat het PLISSIT model een goede basis kan bieden voor basiscommunicatie en counseling van de hulpverlener (zie ook Katz, 2005; Stead et al., 2007). Belangrijk in dit model is dat hulpverleners counseling kunnen geven over datgene waarin zij zich zelfzeker voelen. Het kan bijgevolg zinvol zijn om per behandelcentrum een referentiepersoon aan te duiden die de verantwoordelijkheid van het geven van info en ondersteuning op zich neemt, nadat hem/haar hiervoor de juiste basiskennis is aangeleerd.

Omdat hulpverleners zich er soms niet toe geroepen voelen om seksuele thema's met hun patiënten te bespreken, maar de patiënten hier wel recht op hebben (zie Wet betreffende de rechten van de patiënt, Belgisch Staatsblad, 2002), formuleert Carr (2007) enkele richtlijnen die ertoe kunnen bijdragen dat hulpverleners hun weerstand in het bespreken van seksualiteit overwinnen. De nadruk ligt vooral op opleiding van de professionals: aanleren van communicatietechnieken en vaardigheden, hen leren bewustmaken van stereotiepe ideeën over het bespreken van seksualiteit en het aanreiken van geschreven patiënteninformatie als hulpmiddel om het gesprek te faciliteren. Om een dergelijke opleiding te realiseren, dient het belang ervan ook op ziekenhuisniveau aangetoond te worden. Hulpverleners geven immers aan dat ze wel nood hebben aan meer opleiding, maar dat dit in praktijk vaak niet haalbaar is omwille van een tekort aan tijd en middelen.

Motivatie voor Onderzoek

Uit de literatuurstudie blijkt hoe belangrijk het is dat vrouwen tijdig worden ingelicht over de mogelijke bijwerkingen van hun behandeling en hoe ze deze (preventief) kunnen aanpakken. Het onderzoek van Juraskova et al. (2003) toont aan dat er hierin een belangrijke rol is weggelegd voor de hulpverlener. Deze dient onder andere over de juiste informatie te beschikken en het ook als zijn taak te beschouwen om patiënten hierin te ondersteunen. De doelstelling van ons onderzoek is daarom tweeledig: enerzijds hulpverleners waar nodig sensibiliseren en onderling kennis delen zodat deze meer uitgebreid kan worden; anderzijds hen aansporen tot het aanstellen van minstens één referentiepersoon per ziekenhuis die de verantwoordelijkheid op zich neemt om bijwerkingen en (preventieve) maatregelen met patiënten te bespreken en hen hierin te ondersteunen. De onderzoeksvraag bestaat erin of deze doelstelling bereikt kan worden door het verspreiden van vragenlijsten (die hen ertoe aanzetten hierover na te denken) en het aanbieden van gepaste workshops.

METHODE

Er wordt een groepsdesign opgesteld waarbij het onderzoek bestaat uit drie fasen: voormeting – workshops – nameting. Vlaamse ziekenhuizen met een radiotherapie-afdeling worden via de hoofdverpleegkundige gecontacteerd. Uitleg over de studie wordt telefonisch gegeven. Na instemming met het onderzoek worden een vragenlijst en informed consent aan de hoofverpleegkundige bezorgd, die deze onder de verschillende hulpverleners verdeelt. Via de vragenlijst worden kennis, opinie en verantwoordelijkheidsgevoel over de zorg rond preventie en behandeling van stenose en psychoseksuele neveneffecten in beeld gebracht. Na deze meting worden er workshops georganiseerd waarin er gesensibiliseerd wordt en informatie uitgewisseld wordt. Vervolgens wordt de vragenlijst opnieuw afgenomen, om na te gaan of de workshops ertoe hebben kunnen bijdragen dat de hulpverleners enerzijds meer kennis verworven hebben en er anderzijds minstens één referentiepersoon per ziekenhuis aangesteld wordt die zich verantwoordelijk voelt voor het geven van voorlichting en ondersteuning.

Deelnemers

Er zijn 13 ziekenhuizen gecontacteerd. Vragenlijsten zijn bezorgd aan 2 artsen (gynaecoloog of radiotherapeut), 2 verpleegkundigen en 2 paramedici (psycholoog, maatschappelijk werker of oncocoach) per ziekenhuis.

Vragenlijst

Om kennis, opinie en verantwoordelijkheidsgevoel na te gaan hebben we een vragenlijst opgesteld die gebaseerd is op die van Bakker et al. (2014). Zij onderzochten welke informatie en ondersteuning in Nederland gegeven wordt bij seksuele rehabilitatie en gebruik van dilatatoren na radiotherapie voor gynaecologische kankers. Daarnaast brachten ze ook de socio-demografische variabelen die de hulpverleners kenmerkten in kaart (leeftijd, geslacht, duur tewerkstelling).

In onze vragenlijst kunnen de deelnemers steeds kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden, vaak op basis van een Likertschaal waarbij gevraagd wordt of ze het 'oneens', 'gedeeltelijk oneens', 'neutraal', 'gedeeltelijk eens', of 'eens' zijn met de stellingen. Bijkomende antwoordmogelijkheden zijn 'geen mening' en 'onvoldoende kennis', om zo de workshops inhoudelijk beter op maat te kunnen afstemmen en de mate van kennis voor en na de workshops te kunnen nagaan. Voor de nameting wordt dezelfde vragenlijst gebruikt, maar zijn enkele deelvragen toegevoegd bij vraag 5, 6 en 7. Zo kunnen we extra info bekomen over

de reden waarom bepaalde deelnemers slechts soms tot zelden voorlichting geven (vraag 5 en 6) en waarom ze vinden dat een aantal specifieke zaken niet tot hun takenpakket behoren (vraag 7). De vragenlijst van de nameting is opgenomen in Bijlage 3.

Workshops

Per ziekenhuis wordt 1 workshop aangeboden. Deze kan 1u of 2u duren, afhankelijk van de tijd die het ziekenhuis ervoor kan vrijmaken. In deze workshop wordt er vooral informatie meegegeven, wordt er in dialoog gegaan met de deelnemers en worden ook de resultaten van de voormeting weergegeven als de workshop 2u duurt. Voor de referentiepersonen per discipline (verpleegkundige, arts, paramedicus) is er nog een vervolgworkshop bestemd waarin er meer nadruk gelegd wordt op de praktijk.

Eerste Workshop

Als inleiding wordt aan de deelnemers uitgelegd vanuit welke achtergrond het onderzoeksproject ontstaan is. Om het belang van het project aan te tonen worden er onderzoeksresultaten besproken die zicht geven op zowel de prevalentie van vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten, als op de nood aan informatie die patiënten zelf beschrijven. Om de bijwerkingen van pelviene bestraling verder te expliciteren, wordt het verschil uitgelegd tussen acute en late stralingsreacties. Hierbij worden interventies besproken die deze reacties kunnen voorkomen of behandelen. Zo hopen we de deelnemers bewust te maken van de complicaties en moeilijkheden die kunnen optreden na pelviene bestraling en de mogelijke rol die het (preventieve) gebruik van vaginale dilatatoren hierin kan spelen. Om hulpverleners aan te sporen tot het bespreken van complicaties en preventieve maatregelen, wordt de focus vooral gelegd op het vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek in plaats van verbeteren van het seksleven, om zo het taboe-gevoel bij zowel patiënt als hulpverlener zoveel mogelijk weg te nemen (zie ook richtlijn 4 van Cullen et al., 2013). Doordat de info dan vooral betrekking heeft op het voorkomen of behandelen van neveneffecten, wordt deze als meer passend binnen een ziekenhuiscontext beschouwd en zijn hulpverleners waarschijnlijk meer bereid deze info te geven. Ook wordt er aangehaald hoe belangrijk het is dat behandelaren zelf het initiatief hiertoe nemen. Bovendien worden onderzoeksresultaten getoond over de praktijk van deze voorlichting en ondersteuning in andere landen.

Om onderling informatie te kunnen uitwisselen worden de belangrijkste resultaten van de voormeting besproken en wordt er uitgelegd hoe het psychoseksueel zorgtraject verloopt in

UZ Leuven (welke doelgroep, inhoud gesprekken, opvolging,..). De brochure van de 'Vlaamse Stuurgroep rond Vaginale Dilatatie' – gesponsord door Kom op tegen Kanker – wordt ter beschikking gesteld. De kennisvragen die in de vragenlijst aangereikt worden, zijn gebaseerd op deze informatie.

Ook wordt er aan de deelnemers gevraagd hoe het zorgtraject in hun ziekenhuis verloopt (inhoud traject, patiëntenbrochures,..). Bijkomend wordt informatie meegegeven over de meerwaarde van het aanstellen van referentiepersonen.

Tot slot wordt er nagedacht over hoe kennis in de toekomst samengebracht kan worden: studiedagen, intervisiemomenten, forum,..

Tweede Workshop

De tweede workshop wordt opgesplitst per doelgroep. De verpleegkundigen over de ziekenhuizen heen krijgen een workshop binnen de VVRO (Vereniging Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie). Hierin wordt o.a. stilgestaan bij de plaats/verantwoordelijkheid die zij als verpleegkundige kunnen innemen in het PLISSIT-model (Jensen et al., 2003). Daarnaast worden er specifieke vaardigheden en attitudes in groep besproken. De paramedici en artsen worden uitgenodigd op een intervisiemoment, met casusbesprekingen.

Data-analyse

Om de effectiviteit van de workshops te kunnen nagaan, worden er enkele hypothesen getest (Figuur 3). De analyses gebeuren met IBM SPSS Statistics 25. Er wordt gebruik gemaakt van de Wilcoxon S-R toets (hypothesen 1, 2 en 3) en de McNemar toets (hypothese 3). Er wordt gekozen voor non-parametrische toetsen gezien het beperkt aantal proefpersonen. Een verschil tussen scores wordt als significant beschouwd wanneer de p -waarde < 0.05 . Enkel de analyses die significante verschillen aantonen, worden in tabelvorm weergegeven.

De antwoordmogelijkheden van de Likertschaal worden omgezet naar scores gaande van 0 (oneens) tot 4 (eens). De antwoorden 'geen mening' en 'onvoldoende kennis' worden niet gescoord.

	Na de workshops ...
Hypothese 1	.. bezitten hulpverleners meer kennis.
Hypothese 2	.. voelen meer hulpverleners zich verantwoordelijk m.b.t. het geven van voorlichting en ondersteuning: <ul style="list-style-type: none"> a. .. geven hulpverleners vaker info. b. .. beschouwen meer hulpverleners het geven van info en het ondersteunen van de patiënt als hun taak. c. .. vinden meer hulpverleners dat ze zelf het initiatief moeten nemen in het geven van (1) voorlichting en (2) ondersteuning.
Hypothese 3	.. hebben meer ziekenhuizen een referentiepersoon die het geven van voorlichting en ondersteuning op zich neemt.

Figuur 3. Hypothesen om de effectiviteit van de workshops na te gaan

RESULTATEN

Het beschreven onderzoek wordt georganiseerd vanuit UZ Leuven, o.l.v. Hilde Toelen. Het project is vooraf goedgekeurd door de Ethische Commissie en wordt gefinancierd door Kom op tegen Kanker. Gezien de focus van dit georganiseerd onderzoek uitgebreider is dan die van dit eindwerk, zullen we hier enkel die resultaten bespreken die van belang zijn voor de onderzoeksvragen binnen dit eindwerk. Een overzicht van de resultaten van het volledige onderzoek zijn terug te vinden op de website van Kom op tegen Kanker (<http://www.komoptegenkanker.be/project/oproep-ism-fonds-suzanne-duchesne-koning-boudewijnstichting-2015-het-uitbreiden-en-delen-van>). Hier zullen later ook guidelines voor hulpverleners beschikbaar gesteld worden, gebaseerd op de nametingen van het onderzoek.

Deelnemers

Van de 12 ziekenhuizen hebben er 9 deelgenomen aan het onderzoek. Van de 54 vragenlijsten hebben we er 34 terug ontvangen voor de voormeting (6 artsen, 18 verpleegkundigen, 10 paramedici) en 28 voor de nameting (3 artsen, 16 verpleegkundigen, 9 paramedici). In totaal hebben er 13 personen deelgenomen aan zowel beide metingen als aan de workshops (2 artsen, 8 verpleegkundigen, 3 paramedici). Deze deelnemers komen uit 7 verschillende ziekenhuizen. Gezien het opzet van ons onderzoek is om onze doelstelling (sensibiliseren, kennis delen, aansporen tot aanstellen van referentiepersoon) te bereiken op basis van de vragenlijst en de workshops, kiezen we ervoor om enkel deze 13 personen mee in de analyses op te nemen.

Van deze 13 deelnemers zijn er 8 vrouw. Leeftijden liggen tussen 27 en 60 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd 43 jaar bedraagt. 8 deelnemers werken meer dan 10 jaar op de radiotherapie-afdeling, terwijl er 3 minder dan 5 jaar tewerkgesteld zijn. Zie Bijlage 4 voor een overzicht van demografische gegevens van de 13 deelnemers.

Effect van de Workshops

Hypothese 1: Hulpverleners Bezitten Meer Kennis

Beschrijving

De kennis van de hulpverleners varieert van vraag tot vraag. In de voormeting geeft meer dan 20% van de hulpverleners bij 14 vragen aan dat men over onvoldoende kennis beschikt. In de nameting zijn dit nog 7 vragen (Tabel 1).

Tabel 1. Overzicht van vragen waarop >20% hulpverleners 'onvoldoende kennis' antwoordt

Vraag	Hulpverleners die 'onvoldoende kennis' antwoorden (in %)	
	Voormeting	Nameting
Vaseline tampons ter preventie	23.1	23.1
Medicatie ter preventie	38.7	30.8
Gebruik van vibrators	46.2	15.4
Gebruik van vingers	46.2	30.8
Belang van omtrek van de dilatator	38.5	7.7
Belang van lengte van de dilatator	30.8	7.7
Belang van opbouw van lengte en omtrek van de dilatator	30.8	0
Omtrek en lengte van dilatator conform penis van partner	30.8	7.7
Diepte waarmee dilatator inbrengen	30.8	23.1
Gebruik van glijmiddel	23.1	7.7
Beweging van dilatator	38.5	23.1
Vaginale fistel als contra-indicatie	53.8	23.1
Angsten als contra-indicatie	23.1	0
Vaginisme/dyspareunie in voorgeschiedenis als contra-indicatie	30.8	30.8

Bij andere vragen wordt wel een score aangegeven en wordt er al dan niet een consensus bereikt. Vragen rond de doelgroep die info moet krijgen en vragen rond het praktische gebruik van dilatatoren (start, frequentie, duur, periode van gebruik, contra-indicaties) kennen bijvoorbeeld zeer uiteenlopende antwoorden. Ondanks het gebrek aan voldoende wetenschappelijke evidentie, vinden de meeste hulpverleners toch dat het gebruik van dilatatoren standaard geadviseerd moet worden (61.5% in de voormeting – 84.6% in de nameting).

Statistische analyse

Om na te gaan of de hulpverleners na de workshops meer kennis bezitten dan ervoor, baseren we ons op twee analyses.

Voor de eerste analyse maken we gebruik van de vragen uit Tabel 1. We gaan na hoe vaak ze in beide metingen met 'onvoldoende kennis' beantwoord worden. Tabel 2 toont dat er volgens de Wilcoxon S-R toets na de workshops een significante daling is van het aantal personen dat de vragen uit Tabel 1 met 'onvoldoende kennis' beantwoordt ($Z = -3.074$, $p = .002$).

Tabel 2. Wilcoxon S-R toets voor het aantal personen dat 'onvoldoende kennis' antwoordt op de vragen uit Tabel 1

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
OK_voormeting	14	34,657	9,4213	23,1	53,8
OK_nameting	14	16,500	11,2427	,0	30,8

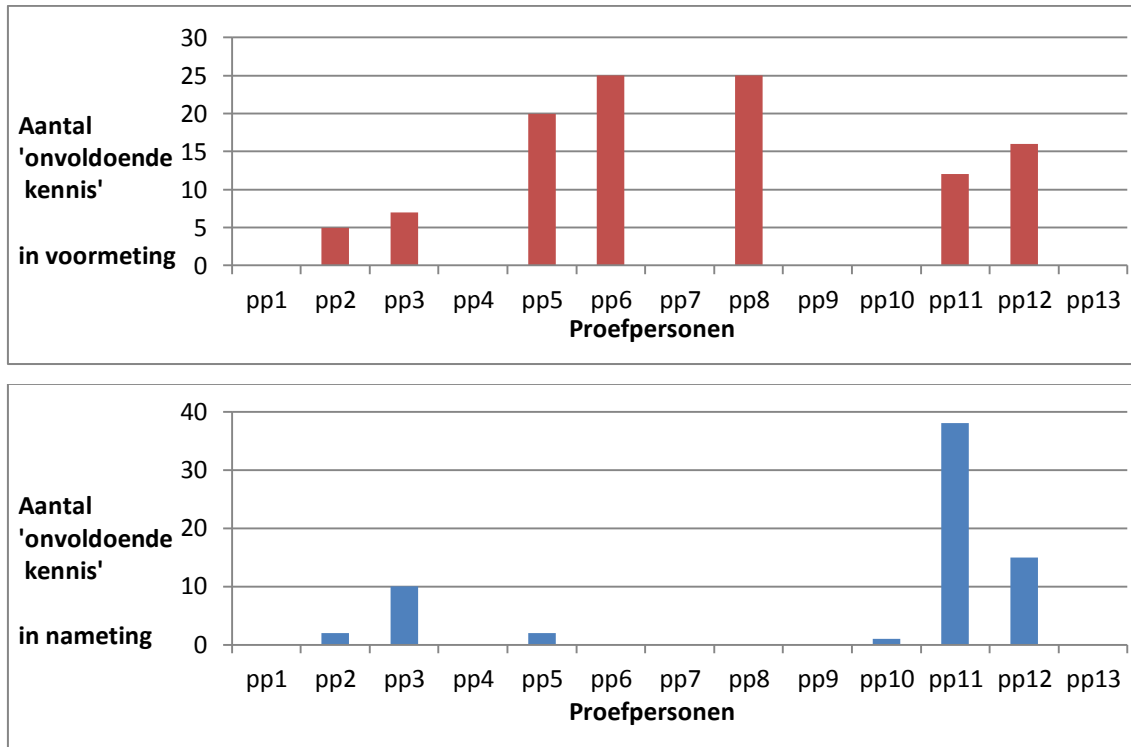
Test Statistics^a

OK_nameting - OK_voormeting	
Z	-3,074 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

In een tweede analyse gaan we per deelnemer na of hij/zij na de workshops minder vaak 'onvoldoende kennis' antwoordt dan ervoor. Hoewel in Figuur 4 meestal een duidelijke daling te zien is na de workshops, blijkt dit verschil volgens de Wilcoxon S-R toets niet significant ($Z = -.703$, $p = .482$).



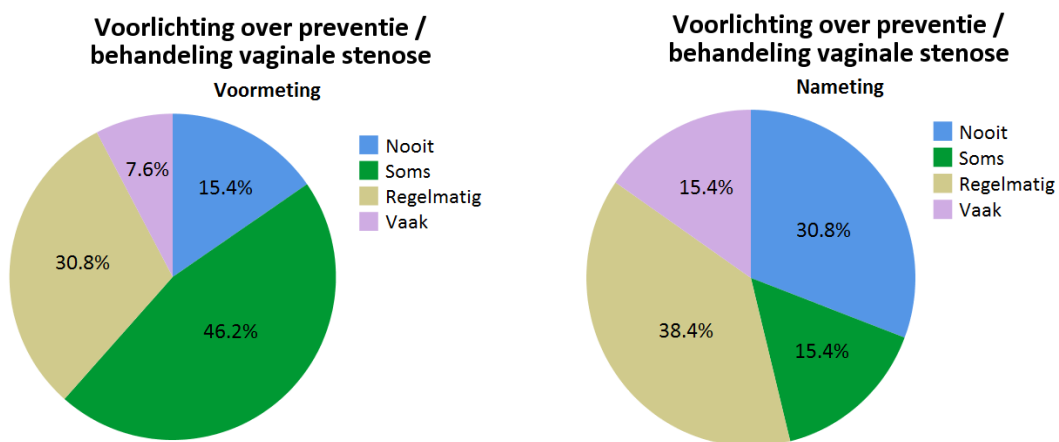
Figuur 4. Aantal 'onvoldoende kennis' per deelnemer

Hypothese 2: Meer Hulpverleners Voelen Zich Verantwoordelijk

Hypothese 2a: Hulpverleners geven vaker info

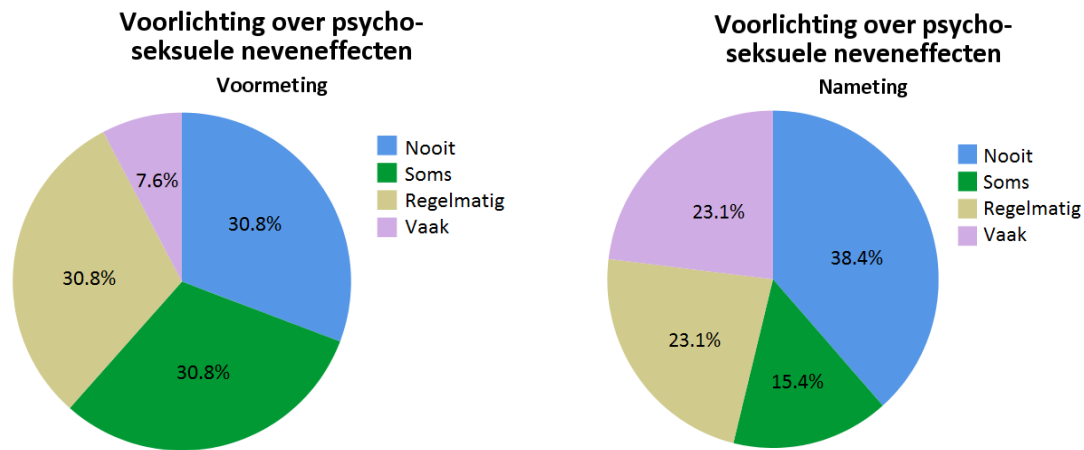
Beschrijving

Wat de voorlichting over de preventie/behandeling van stenose betreft, geeft 7.6% vaak voorlichting, 30.8% regelmatig, 46.2% soms en 15.4% nooit. In de nameting is dat respectievelijk 15.4%, 38.4%, 15.4% en 30.8% (Figuur 5).



Figuur 5. Frequentie van het geven van voorlichting over de preventie/behandeling van vaginale stenose

Wat de voorlichting van psychoseksuele neveneffecten betreft, geeft 7.6% dit in de voormeting vaak, 30.8% regelmatig, 30.8% soms en 30.8% nooit. In de nameting is dat respectievelijk 23.1%, 23.1%, 15.4% en 38.4% (Figuur 6).



Figuur 6. Frequentie van het geven van voorlichting over de psychoseksuele neveneffecten

Personen die nooit of soms info geven, benoemen hiervoor twee redenen: het hoort niet tot hun takenpakket (71.4%) of ze komen weinig in aanraking met vrouwen die pelviene bestraling krijgen (28.6%).

Statistische analyses

Volgens de Wilcoxon S-R toets zijn de verschillen tussen beide metingen voor zowel de voorlichting over stenose ($Z = -.378, p = .705$) als de voorlichting over neveneffecten ($Z = -.632, p = .527$) niet significant.

Hypothese 2b: Meer hulpverleners beschouwen het geven van info en het ondersteunen van de patiënt als hun taak

Beschrijving

Tabel 3 toont een overzicht van hoe de hulpverleners in beide metingen hun eigen takenpakket zien. Alle artsen vinden het bijvoorbeeld hun taak om vaginale stenose te beoordelen en te behandelen. Het bespreken van en leren omgaan met psychoseksuele neveneffecten lijkt eerder multidisciplinair. Bijna iedereen verwijst door wanneer eenvoudige seksuologische adviezen niet volstaan.

Tabel 3. Overzicht van aantal hulpverleners dat onderstaande taken tot het eigen takenpakket rekent (in %)

Vraag	Arts		Verpleging		Paramedicus	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
Bespreking psychoseksuele neveneffecten	100	100	62.5	62.5	100	100
Beoordeling vaginale stenose	100	100	12.5	50	0	0
Behandeling vaginale stenose	100	100	37.5	62.5	50	0
Advies heropbouw seksuele relatie	100	50	62.5	50	100	100
Leren omgaan met angst voor seksueel contact	100	50	62.5	62.5	100	100
Doorverwijzing bijkomend seksuologisch advies	100	100	100	87.5	100	100

Als bevestigd wordt waarom men bovenstaande handelingen niet tot het eigen takenpakket rekent, zijn hier verschillende redenen voor: te weinig kennis (40%), een referentiepersoon neemt dit op (30%), dit behoort tot het takenpakket van een collega (20%), geen patiëntencontact (10%).

Statistische analyses

Om met SPSS na te gaan of de verschillen in zicht op het eigen takenpakket tussen beide metingen significant zijn, kunnen we per deelvraag en per discipline de Wilcoxon S-R toets toepassen. Gezien uit Tabel 3 afgeleid kan worden dat de meeste scores in beide metingen gelijkaardig zijn, zullen we deze toets enkel toepassen voor die scores die in de nameting een toename kennen: het beoordelen en het behandelen van vaginale stenose voor de verpleging. Uit de analyses blijken beide verschillen niet significant ($Z = -1.069$, $p = .285$; $Z = -1.342$, $p = .180$).

Hypothese 2c: Meer hulpverleners vinden dat ze zelf het initiatief moeten nemen

Beschrijving

Veel hulpverleners zijn in de voormeting reeds van mening dat de behandelaar zelf het initiatief moet nemen om een gesprek over vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten aan te gaan (69.2%). In de nameting zijn hier nog meer hulpverleners van overtuigd (92.3%). Wat het geven van ondersteuning betreft, vindt 92.3% in beide metingen dat de behandelaar het initiatief dient te nemen.

Statistische analyses

Hoewel er na de workshops een duidelijke toename zichtbaar is in het aantal hulpverleners dat ervan overtuigd is dat men zelf het gesprek dient aan te gaan, is deze volgens de Wilcoxon S-R toets niet significant ($Z = -.756, p = .450$).

Hypothese 3: Meer Ziekenhuizen Hebben een Referentiepersoon

Beschrijving

Meerdere hulpverleners vinden dat ieder behandelcentrum best zelf bepaalt welke hulpverlener(s) verantwoordelijk is(zijn) voor het geven van voorlichting (69.2% in de voormeting – 84.6% in de nameting) en voor het geven van ondersteuning (61.5% in de voormeting – 84.6% in de nameting). Deze verandering in attitude weerspiegelt zich ook in het gedrag. In de voormeting is er immers in 4/7 ziekenhuizen minstens één referentiepersoon die het bespreken van vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten op zich neemt, terwijl deze in de nameting in 6/7 ziekenhuizen aanwezig is.

Statistische analyses

Voor het aanstellen van een referentiepersoon is er dus zowel voor het geven van voorlichting als het geven van ondersteuning een stijging merkbaar in het aantal hulpverleners dat hier voorstander van is. Hoewel de stijging voor het geven van voorlichting niet significant is volgens de Wilcoxon S-R toets ($Z = -1.265, p = .206$), is dit wel zo voor de stijging voor het geven van ondersteuning ($Z = -2.271, p = .023$) (Tabel 4).

Wat het aantal referentiepersoonen betreft, blijkt er in de nameting in 2 ziekenhuizen extra een referentiepersoon bijgekomen te zijn. Volgens de McNemar toets is dit verschil niet significant ($p = 0.50$).

Tabel 4. Wilcoxon S-R toets voor het aanduiden van een referentiepersoon in het geven van ondersteuning

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Voormeting	12	3,83	1,267	2	5
Nameting	13	4,54	,776	3	5

Test Statistics^a

nameting –
voormeting

Z	-2,271 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,023

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

BESPREKING EN CONCLUSIE

In wat volgt zullen we eerst de onderzoeksvraag bespreken en tevens linken leggen tussen de resultaten van het onderzoek en de bevindingen uit de literatuur. Verderop benoemen we de sterktes en beperkingen van het huidige onderzoek en worden er ook suggesties voor vervolgonderzoek aangeboden.

Bespreking Onderzoeksvraag en Kritische Reflectie

Gezien we de onderzoeksvraag opgedeeld hebben in drie hypothesen, zullen we in wat volgt per hypothese de resultaten van het onderzoek beschrijven. Hoewel uit de resultaten blijkt dat de statistische analyses weinig significante verschillen aantonen, kunnen we bij de vergelijking van beide metingen toch ook enkele belangrijke niet significante verschillen waarnemen. Deze zullen dan ook in onderstaande paragrafen mee beschreven worden.

Hypothese 1: Hulpverleners Bezitten Meer Kennis

De kennis van de hulpverleners blijkt in beide metingen te variëren naargelang de inhoud van de vraag. Leemtes in de kennis kunnen in de voormeting vooral gesitueerd worden op vlak van: preventieve maatregelen, gebruik van vingers en vibrators als dilatatoren, belang van de omvang van de dilatatoren en de opbouw ervan, contra-indicaties. Daarnaast zien we ook dat er op vragen rond praktisch gebruik van de dilatatoren (diepte, beweging, frequentie, duur, periode,..) erg uiteenlopende antwoorden gegeven worden. Ook in de literatuur (Bakker et al. (2014), Lancaster (2004), White en Faithfull (2006)) ontbreekt er consensus hierover. Desondanks wordt dilateren toch wereldwijd als 'golden standard' gezien om vaginale stenose te voorkomen (Bakker et al., 2014). Ook in ons onderzoek geeft in de nameting 84.6% van de hulpverleners aan dat ze van mening zijn dat het gebruik van dilatatoren standaard geadviseerd moet worden, ten opzichte van 61.5% in de voormeting.

Zowel in de tabel als in de histogrammen valt af te leiden dat de hulpverleners na de workshops meer kennis bezitten dan voorheen. Uit Tabel 1 blijkt immers dat het aantal vragen waarop meer dan 20% van de hulpverleners met 'onvoldoende kennis' antwoordt, met de helft daalt in de nameting. Topics waar ook in de nameting nog weinig kennis rond blijft bestaan gaan over vaseline tampons en medicatie, het gebruik van vingers, diepte en beweging van de dilatator en contra-indicaties. Dat er weinig kennis rond medicatie bestaat valt wellicht te verklaren doordat er in de nameting slechts twee artsen de vragenlijst hebben ingevuld. Bovendien betreft het een thema waar geen kennis rond verspreid is, gezien er geen

procedure bestaat. Dit laatste geldt ook voor het gebruik van vaseline tampons. Kennis hierrond is waarschijnlijk mede hierdoor beperkt. Zowel in de metingen als in de workshops blijkt dat hulpverleners slechts weinig ervaring hebben met deze methode.

Als de scores per persoon bekeken worden, valt uit de histogrammen af te leiden dat ook het aantal antwoorden 'onvoldoende kennis' per persoon erg gedaald is in de nameting (op pp11 na), wat ondanks de afwezigheid van significante effecten toch lijkt te impliceren dat men na de workshops meer kennis bezit dan voordien.

Hypothese 2: Meer Hulpverleners Voelen Zich Verantwoordelijk

Binnen deze hypothese wordt er een onderscheid gemaakt tussen het zich verantwoordelijk voelen (attitude – hypothese 2b en 2c) en de verantwoordelijkheid effectief ook op zich nemen (door vaker info te geven – hypothese 2a). Het opnemen van deze verantwoordelijkheid zou zich uiteindelijk kunnen weerspiegelen in het optreden als referentiepersoon. Deze laatste resultaten worden verderop in hypothese 3 besproken.

Wat de attitude betreft, is reeds in de voormeting de meerderheid van de hulpverleners overtuigd dat de hulpverlener zelf het initiatief moet nemen in het geven van voorlichting en ondersteuning. In de nameting kent dit aantal nog een forse toename. Ondanks deze attitude, blijkt toch minder dan de helft van de deelnemers regelmatig of vaak info en ondersteuning te geven aan de patiënt. Dit komt overeen met de resultaten uit Stead et al. (2001), waaruit blijkt dat hulpverleners het wel nodig vinden dat patiënten deze informatie en ondersteuning krijgen, maar ze het niet hun eigen taak achten, waardoor ze de verantwoordelijkheid niet op zich nemen (Figuur 2). Hoewel dit in het onderzoek van Stead et al. vooral komt door schaamte en gebrek aan kennis, geven de deelnemers in ons onderzoek aan dat ze te weinig kennis bezitten, dat een referentiepersoon dit op zich neemt, of dat ze geen patiëntencontact hebben. In tegenstelling tot wat de literatuur doet vermoeden, geeft niemand aan zich ongemakkelijk te voelen in het bespreken van seksuele thema's. Ook het idee dat genezen een prioriteit is en daardoor voorlichting en ondersteuning bij neveneffecten meer op de achtergrond komt te staan (Incrocci, 2011; Lancaster, 2004), wordt door ons onderzoek niet bevestigd. Onze resultaten doen denken aan het onderzoek van Carr (2007), waarin gebrek aan expertise als belangrijke barrière wordt genoemd. Als we het verantwoordelijkheidsgevoel van de hulpverleners willen aanspreken, zullen we dus nog meer moeten inzetten op het delen van kennis en aanleren van vaardigheden. Anderzijds kunnen we ook stellen dat het vooral belangrijk is dat men meer gaat nadenken over het aanstellen van referentiepersonen,

opstarten van werkgroepen, organiseren van studiedagen enzovoort. Wanneer stenose en neveneffecten ten gevolge van pelviene bestraling onder collega's en in het ziekenhuis een meer besproken thema wordt, zullen hulpverleners hopelijk meer mandaat binnen het ziekenhuis krijgen om initiatieven op te starten die de kennis en het verantwoordelijkheidsgevoel kunnen bevorderen.

Naast de stijging in het aantal hulpverleners dat regelmatig of vaak info verschaft, is er echter ook een stijging in het aantal hulpverleners dat nooit info geeft. We zouden kunnen stellen dat de hulpverleners door de workshops bewuster over hun takenpakket zijn gaan nadenken en misschien geconcludeerd hebben dat het geven van voorlichting eerder aan de referentiepersoon of aan andere disciplines kan overgelaten worden. Artsen geven in de nameting bijvoorbeeld minder vaak aan dat het adviseren van de heropbouw van een seksuele relatie en het leren omgaan met angst voor seksueel contact tot hun takenpakket behoort. Verpleegkundigen daarentegen rekenen na de workshops het beoordelen en behandelen van vaginale stenose meer tot hun takenpakket als voorheen.

Hypothese 3: Meer Ziekenhuizen Hebben een Referentiepersoon

Analoog aan de onderzoeken van Bakker et al. (2014), Lancaster (2004), White en Faithfull (2006), is ook de meerderheid van onze deelnemers ervan overtuigd dat het behandelcentrum best zelf bepaalt wie verantwoordelijk is voor het geven van voorlichting en ondersteuning. In de nameting ligt dit aantal gevoelig hoger dan in de voormeting. Deze overtuiging uit zich ook in het effectief aanstellen van referentiepersonen; na de workshops hebben – van de drie ziekenhuizen die dit nog niet hadden – twee ziekenhuizen dit gedaan. Tijd en overleg met collega's en directie blijven nodig om deze referentiepersonen te behouden en hun takenpakket te bespreken. Ook zullen de referentiepersonen in kwestie – zeker zij die recent aangesteld werden – waarschijnlijk nog meer kennis willen verwerven via werkgroepen of studiedagen. Bij voldoende interesse is het mogelijk dat deze in de toekomst door UZ Leuven georganiseerd zullen worden.

Sterktes en Beperkingen van het Onderzoek

Doordat de vragenlijst deels gebaseerd is op die van Bakker et al. (2014) wordt het mogelijk om de onderzoeksresultaten te vergelijken met gelijkaardige studies in het buitenland. Om deze vergelijking nog uit te breiden zijn er kennisvragen toegevoegd waarvan de antwoordmogelijkheden gebaseerd zijn op de studies van Bakker et al. (2014), Lancaster

(2004) en White en Faithfull (2006). Bovendien is onze vragenlijst in de nameting nog aangevuld met enkele belangrijke deelvragen. Op deze manier kunnen hulpverleners aangeven wat de redenen zijn voor het niet geven van voorlichting en waarom ze bepaalde taken niet tot hun eigen takenpakket beschouwen. Zo kan hier in de toekomst op ingespeeld worden wanneer men het geven van voorlichting nog meer zou willen aanmoedigen bij hulpverleners. Een andere sterkte van het onderzoek is de interactie die plaatsvindt tijdens de workshops. Door met de verschillende hulpverleners in dialoog te gaan, kan de kennis onderling meer uitgebreid worden en blijft ze niet beperkt tot de richtlijnen van UZ Leuven. Ook biedt deze interactie de ruimte om nauwere contacten met elkaar te leggen en om na te denken over toekomstige samenwerkingsverbanden.

Toch zijn er ook belangrijke beperkingen van de studie. Door het weinig aantal deelnemers dat zowel beide vragenlijsten ingevuld heeft als de workshops gevolgd heeft, is er voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van deze gegevens. Het is belangrijk om te vermelden dat de effecten van de workshops op slechts 13 deelnemers gebaseerd zijn. Ook ontbreekt er een controlegroep, wat het trekken van conclusies extra bemoeilijkt. Er kunnen immers geen uitspraken gedaan worden over causaliteit. Een laatste beperking is dat er tijdens de workshops geen vaardigheden aangeleerd worden aan de hulpverleners, wat het geven van voorlichting en ondersteuning volgens de literatuur wel erg zou kunnen beïnvloeden (Carr, 2007). Hoewel het belang hiervan zeker niet te onderschatten is, kan dit wegens tijdsgebrek niet binnen het huidige onderzoek gerealiseerd worden.

Aanbevelingen voor Vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek is het dan ook een aanrader om dergelijke vaardigheden en communicatietechnieken wel aan te leren tijdens workshops, zodat er nagegaan wordt of dit het geven van voorlichting en ondersteuning ook effectief gunstig beïnvloedt. Veel hulpverleners geven immers aan dat ze nood hebben aan opleiding. Om dit vervolgonderzoek te kunnen realiseren is het zinvol om eerst te onderzoeken welke vaardigheden de hulpverleners graag willen leren, op basis van de moeilijkheden die ze momenteel zelf ervaren. Wanneer beide onderzoeken uitgevoerd zouden kunnen worden, kunnen de resultaten hiervan gebruikt worden voor het formuleren van aanbevelingen rond het uitwerken van specifieke opleidingen.

Conclusie

In eerste instantie toont bovenstaand onderzoek aan dat – evenals in andere landen – ook de praktijk bij ons niet uniform lijkt te zijn. Antwoorden op kennisvragen zijn erg uiteenlopend en vaak geeft men aan over onvoldoende kennis te beschikken. Hoewel hulpverleners van mening zijn dat de behandelaar het initiatief moet nemen in het geven van voorlichting en ondersteuning bij stenose en de neveneffecten, vindt men vaak dat het niet tot het eigen takenpakket hoort.

Hoewel de meeste verschillen tussen voor- en nameting niet significant zijn en de analyses op slechts 13 vragenlijsten gebaseerd zijn, kan er toch met voorzichtigheid geconcludeerd worden dat de workshops op enkele van deze vlakken enige verandering teweeggebracht hebben. De metingen tonen onder andere aan dat hulpverleners na de workshops meer kennis bezitten en dat ze vaker vinden dat ze zelf het initiatief moeten nemen in het geven van voorlichting en ondersteuning. Ook lijkt men na de workshops het eigen takenpakket te herbekijken: een deel geeft na de workshops vaker voorlichting; een deel doet dit minder vaak. Men geeft regelmatig aan (nog) over te weinig kennis te beschikken. Hoewel het zinvol kan zijn om in de toekomst studiedagen en bijkomende workshops aan te bieden, geven hulpverleners in de nameting ook vaker aan dat ze overtuigd zijn van het belang van referentiepersonen. In die zin is het misschien efficiënter om vooral in te zetten op bijscholing van referentiepersonen, dan alle studiedagen en overleggroepen aan het brede publiek aan te bieden.

REFERENTIES

- Bahng, A.Y, Dagan, A., Bruner, D.W. & Lin, L.L. (2012). Determination of prognostic factors for vaginal mucosal toxicity associated with intravaginal high-dose rate brachytherapy in patients with endometrial cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Vol.82(2), pp.667-673.
- Bakker, R.M., ter Kuile, M.M., Vermeer, W.M., Nout, R.A., Mens, J.W.M., Van Doorn, L.C., de Kroon, C.D., Hompus, W.C.P., Braat, C. & Creutzberg, C.L. (2014). Sexual rehabilitation after pelvic radiotherapy and vaginal dilator use: Consensus using the Delphi method. *International journal of gynecological cancer*, Vol.24(8), pp.1499-506.
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P.W., Henningsohn, L. & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340 (18), 1383–1389.
- Carlsson, M.E. & Strang, P.M. (1998). Educational support programme for gynaecological cancer patients and their families. *Acta Oncologica*, Vol. 37(3), pp. 269–275.
- Carr, S.V. (2007). Talking about sex to oncologists and about cancer to sexologists. *Sexologies*, 16(4), 267–272.
- Carter, J., Goldrank, D. & Schover, L.R. (2011). Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. *The journal of sexual medicine*, Vol. 8(2), pp.549-59.
- Crowther, M., Corney, R.H. & Shepherd, J. (1994). Psychosexual implications of gynaecological cancer. *British Medical Journal Publishing Group*, Vol.308(6933), p.869–70.
- Cullen, K., Fergus, K., Dasgupta, T., Fitch, M., Doyle, C. & Adams, L. (2012). From “sex toy” to intrusive imposition: A qualitative examination of women’s experiences with vaginal dilator use following treatment for gynecological cancer. *Journal of Sexual Medicine*, Vol.9(4), pp.1162-1173.

- Cullen, K., Fergus, K., DasGupta, T., Kong, I., Fitch, M., Doyle, C. & Adams, L. (2013). Toward clinical care guidelines for supporting rehabilitative vaginal dilator use with women recovering from cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, Vol.21(7), pp.1911-1917.
- Denton, A.S. & Maher, E.J. (2003). Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. Cochrane database of systematic reviews (online), Issue 1, pp.CD003750.
- Eltabbakh, G.H., Piver, M.S., Hempling, R.E. & Shin, K.H. (1997). Excellent long-term survival and absence of vaginal recurrences in 332 patients with low-risk stage I endometrial adenocarcinoma treated with hysterectomy and vaginal brachytherapy without formal staging lymph node sampling: report of a prospective trial. *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics*, Vol.38(2), pp.373–380.
- Flynn, P., Kew, F. & Kisely, S.R. (2009). Interventions for psychosexual dysfunction in women treated for gynaecological malignancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, Vol.21(5), pp.528-536.
- Hartman, P. & Diddle, A.W. (1972). Vaginal stenosis following irradiation therapy for carcinoma of the cervix uteri. *Cancer*, Vol.30(2), pp.426–429.
- Hordern, A.J. & Street, A.F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, Vol.186(5), pp.224-7.
- Incrocci, L. (2011). Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8(12), pp.3251-3253.

- Incrocci, L., & Jensen, P.T. (2013). Pelvic radiotherapy and sexual function in men and women. *Journal of Sexual Medicine*, Vol.10(suppl 1), pp.53–64.
- Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M., Thranov, I., Petersen, M. & Machin, D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Vol.56, pp.937-49.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C. & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, Vol.12(3), pp.267-279.
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, Vol.23(1), pp.238–241.
- Laganà, L., McGarvey, E., Classen, C. & Koopman, C. (2001). Psychosexual dysfunction among gynecological cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol.8(2), pp.73-84.
- Lancaster, L. (2004). Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: An overview of Australian practices. *European Journal of Oncology Nursing*, Vol.8, pp.30-39.
- Leroy, T., Gabelle Flandin, I., Habold, D. & Hannoun-Lévi, J.-M. (2012). Impact de la radiothérapie sur la vie sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, Vol.16, pp.377-385.
- National Forum of Gynaecological Oncology Nurses. (2012, juni). *International Guidelines on Vaginal Dilation after Pelvic Radiotherapy*. Geraadpleegd op 29 augustus 2017, van <https://owenmumford.com/us/wp-content/uploads/sites/3/2014/11/Dilator-Best-Practice-Guidelines.pdf>.

- Robinson, J.W., Faris P.D. & Scott, C.B. (1999). Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Vol.44, pp.497-506.
- Schultz, W.C.M.W., Van De Wiel, H.B.M. & Bouma, J. (1991). Psychosexual functioning after treatment for cancer of the cervix: A comparative and longitudinal study. *International journal of gynecological cancer*, Vol.1, pp.37-46.
- Stead, M.L., Fallowfield, L., Brown J.M. & Selby, P. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, Vol.323(7317), p836-7.
- Stead, M.L., Fallowfield, L., Selby, P. & Brown, J.M. (2007). Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Vol.21(2), pp.309-320.
- Velaskar, S.M., Martha, R., Mahantashetty, U., Badakare, J.S. & Shrivastava, S.K. (2007). Use of indigenous vaginal dilator in radiation induced vaginal stenosis. *The Indian Journal of Occupational Therapy*. Vol.39, pp.3-6.
- Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G.G., de Kroon, C.D., Stiggelbout, A.M. & ter Kuile, M.M. (2014). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Psycho-Oncology*, Vol.24, pp.458-464.
- Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad*, 26 september 2002. Geraadpleegd op 2 september 2017, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet.
- White, I.D. & Faithfull, S. (2006). Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: A UK survey of current practice. *International Journal of Gynecological Cancer*, Vol.16(3), pp.1140-1146.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Richtlijnen voor hulpverleners in de introductie van het gebruik van vaginale dilatatoren, obv onderzoek van Cullen et al. (2013)

	Bakker et al. (2014): Nederland	Lancaster (2004): Australië	White en Faithfull (2006): VK
Doelgroep?	Alle vrouwen na pelviene bestraling voor een gynaecologische kanker. Aangepaste info: vulva- of endometriumkanker, >70 jaar, niet seksueel actief.	Alle vrouwen na brachytherapie. Onafhankelijk van seksuele gemeenschap (Decruze et al., 1999).	Alle vrouwen na pelviene bestraling.
Soort informatie?	Verbaal + geschreven. Bijv. brochure of website.	Verbaal + geschreven. Evt. video of 3D model anatomie.	Verbaal + geschreven.
Welke hulpverlener?	Een referentiepersoon aanduiden binnen het behandelcentrum.	Een referentiepersoon aanduiden binnen het behandelcentrum.	Een referentiepersoon aanduiden binnen het behandelcentrum.
Omvang dilatator?	Stapsgewijs opbouwen.	Stapsgewijs opbouwen.	
Start dilatatie?	Geen consensus. Richtlijn is 4w na RT.	Geen consensus. Richtlijn is 4w na RT.	Geen consensus. Richtlijn is 4w na RT.
Frequentie van dilatatie?	2 à 3 maal per week.	2 à 3 maal per week.	
Duur van dilatatie?	1 à 3 min.	5 à 10 min.	5 à 10 min.
Periode van gebruik?	Tot 9 à 12m na de behandeling.	≥ 3jaar. Bij voorkeur levenslang.	Levenslang als niet seksueel actief.

Bijlage 2. Richtlijnen voor hulpverleners in de introductie van het gebruik van vaginale dilatatoren, gebaseerd op het onderzoek van Cullen et al. (2013)

Richtlijn 1: Introduceer de dilatator op een eenvoudige en duidelijke manier.

Gezien gevoelens van schaamte een afkeer voor de dilatator in de hand werken, is het belangrijk dat hulpverleners hier erg sensitief op reageren. Een duidelijk uitleg over hoe de dilatatoren gebruikt kunnen worden en hoe ze routineus in het dagelijks leven kunnen ingebouwd worden, helpt de vrouwen om te gaan met hun onbehaaglijk gevoel. Op deze manier zullen ze de dilatator ook meer gaan zien als een hulpmiddel dan als een seksspeeltje, wat hen motiveert om er gebruik van te gaan maken.

Richtlijn 2: Verhoog de toegankelijkheid van dilatatoren.

Vrouwen verkiezen vaak net die modellen van dilatatoren die ze enkel in een seksshop kunnen kopen. Los van het gebruik, vormt de aankoop op zich dus al een eerste drempel. Het kan vrouwen helpen wanneer deze betreffende modellen ook door het ziekenhuis beschikbaar gesteld worden. Een alternatief is dat er info gegeven wordt over websites waar vrouwen de dilatator kunnen bestellen zodat deze in een neutrale verpakking aan huis geleverd kan worden.

Richtlijn 3: Introduceer de dilatator reeds in het begin van de behandeling.

Wanneer de dilatator pas laat ter sprake komt, bestaat het risico dat vrouwen ze gaan percipiëren als een 'bijkomende component, nadat de behandeling eindelijk leek afgelopen te zijn'. Dit kan gevoelens van teleurstelling en weerstand opwekken. Het is dus belangrijk om de dilatator reeds vroeg te introduceren, zodat ze gezien kan worden als een essentieel onderdeel van de behandeling.

Richtlijn 4: Benadruk vooral dat mits het gebruik van een dilatator gynaecologische onderzoeken in de toekomst vlotter en pijnlozer zullen verlopen.

Vrouwen geven aan dat ze vlak na de hele behandeling minder interesse hebben in seksuele gemeenschap, en dat seks geen prioriteit is in hun herstelproces. Pijnlozere gynaecologische onderzoeken zullen voor deze vrouwen dan ook als een relevanter voordeel van de dilatator beschouwd worden dan het behoud van seksueel functioneren.

Richtlijn 5: Verken en erken waarden en perspectieven van de patiënt op vlak van seksualiteit.

Hulpverleners dienen aandacht te hebben voor culturele en/of religieuze normen en waarden die het gebruik van een dilatator ernstig kunnen bemoeilijken, zodat er samen bekeken kan worden hoe de dilatator binnen deze normen en waarden toch een plaats kan krijgen. Wanneer de patiënt weerstand blijft vertonen is het belangrijk dat de voor- en nadelen van het al dan niet aanwenden van de dilatator duidelijk besproken worden, zodat de vrouw voldoende ingelicht wordt alvorens ze deze keuze maakt.

Richtlijn 6: Wees als hulpverlener sensitief voor emotionele reacties van de patiënt.

Hulpverleners dienen na te gaan hoe vrouwen zich aanpassen aan hun ziekte en behandeling. Omwille van het intieme en intrusieve karakter van gynaecologische kankers en hun behandeling, ervaren vrouwen immers soms posttraumatische stresssymptomen. Bepaalde herinneringen en emoties die geassocieerd zijn met de behandeling kunnen terug getriggerd worden bij de introductie van dilatatoren, en het gebruik ervan bijgevolg bemoeilijken.

Richtlijn 7: Zorg dat er bijkomende patiënteninformatie beschikbaar is.

Vrouwen geven aan dat ze nood hebben aan concrete informatie over hoe ze de dilatator dienen te gebruiken. Ook ervaringen van hoe andere vrouwen hiermee zijn omgegaan kan hen steunen en helpen hun weg erin te vinden.

Richtlijn 8: Zorg ervoor dat de verschillende betrokken hulpverleners dezelfde info geven wat het gebruik van de dilatator betreft.

Het is noodzakelijk dat hulpverleners vanuit hun behandelcentrum steeds dezelfde guidelines meekrijgen. Hierin zou vooral beschreven moeten worden wanneer de patiënt ingelicht dient te worden, welke informatie er dan juist gegeven moet worden, en op welke manier dit best gedaan wordt. Ook is het van groot belang dat ze allen beroep kunnen doen op dezelfde geschreven patiënteninformatie.

Bijlage 3. Vragenlijst van de nameting

Beste,

Om in kaart te brengen hoe de zorg rond vaginale stenose na bestraling in het bekken en de hieruit vloeiende psychoseksuele neveneffecten nu georganiseerd wordt doorheen Vlaanderen, vragen we uw mening te geven over enkele stellingen. Deze gegevens zullen gebruikt worden om de huidige praktijk te verfijnen.

Hieronder vindt U een aantal stellingen die peilen naar uw mening op het gebied van (advies over) preventie/behandeling van vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten bij patiënten die zijn behandeld met radiotherapie in het bekken.

Het invullen van deze vragen en stellingen zal ongeveer 30 minuten van uw tijd in beslag nemen.

We stellen het zeer op prijs dat u hiervoor de tijd neemt.

Persoonsgegevens

Graag registreren we een aantal gegevens van u. Deze worden vertrouwelijk bewaard, zodat u anoniem blijft.

1. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. In welke functie bent u momenteel werkzaam?

Gynaecoloog

Seksuoloog

Radiotherapeut

Psycholoog / maatschappelijk assistent

Hoofdverpleegkundige

Anders, namelijk:

Verpleegkundige

4. Hoe lang bent u al werkzaam binnen de Radiotherapie unit?

< 5 jaar

5 - 10 jaar

> 10 jaar

Mogelijke taken

5. Hoe vaak geeft u voorlichting of zorg op gebied van preventie/behandeling van vaginale stenose als neveneffect van bestraling in het klein bekken?

Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak

- 5.1. Als u 'nooit' of 'soms' hebt aangekruist, geef dan hieronder aan hoe dit komt:

- Ik kom weinig in contact met vrouwen die in het kleine bekken bestraald werden
- Het geven van dergelijke voorlichting behoort niet tot mijn takenpakket
- Andere, namelijk:.....

- 5.2. Als u 'regelmatig' of 'vaak' hebt aangekruist, noteer hieronder aan hoeveel patiënten per jaar (schatting) u deze voorlichting geeft:

6. Hoe vaak geeft u voorlichting of zorg op gebied van preventie/behandeling van psychoseksuele neveneffecten tijdens en na bestraling in het klein bekken?

Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak

- 6.1. Als u 'nooit' of 'soms' hebt aangekruist, geef dan hieronder aan hoe dit komt:

- Ik kom weinig in contact met vrouwen die in het kleine bekken bestraald werden
- Het geven van dergelijke voorlichting behoort niet tot mijn takenpakket
- Andere, namelijk:.....

- 6.2. Als u 'regelmatig' of 'vaak' hebt aangekruist, noteer hieronder aan hoeveel patiënten per jaar (schatting) u deze voorlichting geeft:

7. Nu volgt een aantal stellingen over mogelijke taken op het gebied van vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten.

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen – u kan er ook voor kiezen om 'geen mening' of 'onvoldoende kennis' aan te duiden – u kan meerdere antwoorden aankruisen vb. neutraal en onvoldoende kennis]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Het bespreken van psychoseksuele neveneffecten behoort tot mijn taak							
Het beoordelen van vaginale stenose behoort tot mijn taak							
Het behandelen van vaginale stenose behoort tot mijn taak							
De patiënt adviseren over het opnieuw opbouwen van de seksuele relatie behoort tot mijn taak							
De patiënt adviseren hoe om te gaan met angst voor seksueel contact behoort tot mijn taak							
Als een patiënt met seksuele klachten niet genoeg baat heeft bij eenvoudige seksuologische adviezen, verwijs ik haar door. Verwijzen naar een andere hulpverlener is mijn taak							

7.1. Indien u een ander antwoord geeft dan 'eens', beantwoord dan ook volgende vraag:

Het bespreken van bovenstaande zaken behoort niet of slechts gedeeltelijk tot mijn taak omdat (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

- Er te weinig tijd is om dit bespreekbaar te stellen
- Er te weinig tijd is om me te verdiepen in het thema
- Er binnen ons centrum een referentiepersoon is die dit op zich neemt
- Ik er te weinig kennis over heb
- Ik mij ongemakkelijk voel in het bespreken van seksuele thema's
- Andere, namelijk:

Doelgroep

Hierna volgt een aantal vragen en stellingen over het geven van informatie op het gebied van vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie). U wordt gevraagd uw mening te geven over welke patiënten, door wie, wanneer en op welke manier het best voorlichting kan worden gegeven.

8. Voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) moet worden gegeven aan patiënten die

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Alleen inwendig zijn bestraald							
Inwendig en uitwendig zijn bestraald							
Alleen uitwendig zijn bestraald							

9. Voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) kan het best worden gegeven aan patiënten die zijn behandeld voor

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Endometriumcarcinoom							
Ovariumcarcinoom							
Cervixcarcinoom							
Vaginacarcinoom							
Vulvacarcinoom							
Carcinoma in het kleine bekken							
Andere, namelijk:							

10. Voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten(inclusief vaginale dilatatie) moet worden gegeven aan patiënten die

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Ouder zijn dan 70.							
Seksueel actief waren voor de start van de behandeling.							
Niet seksueel actief waren voor de start van de behandeling.							
Een partner hebben.							
Geen partner hebben.							

Voorlichting

11. Nu volgt opnieuw een aantal stellingen over het geven van voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie).

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Elk behandelcentrum kan het best zelf bepalen welke behandelaar(s) verantwoordelijk moet(en) zijn voor het geven van voorlichting.							
De partner moet actief bij de voorlichting/informatie over <i>vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie)</i> worden betrokken.							

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De behandelaar moet zelf het initiatief nemen om voorlichting/informatie te geven over <i>vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie)</i> , ook als de patiënt er niet zelf over begint.							
De voorlichting over <i>vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie)</i> moet (ook) altijd mondeling worden gegeven.							
Een voorlichtingsfolder (over vaginale dilatatie na radiotherapie bij gynaecologische kanker) om de patiënten mee te geven, is gewenst.							
Een informatieve website (over vaginale dilatatie na radiotherapie bij gynaecologische kanker) om de patiënten naar te verwijzen, is gewenst.							

12. Het beste is als de voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) voor het eerst plaatsvindt.

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Voor de start van de radiotherapie							
Tijdens de radiotherapie							
Na de radiotherapie, tijdens de eerste controle afspraak							
Na de radiotherapie, als er sprake is van klachten							

13. *De eerste* voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) kan het beste worden gegeven door

[Geef een rangorde aan: 1 = meest gewenste optie en 5 = minst gewenste optie.]

	Radiotherapeut	Gynaecoloog	Verpleegkundige	Seksuoloog	Psycholoog / Maatschapp. assistent
1 ^e keuze					
2 ^e keuze					
3 ^e keuze					
4 ^e keuze					
5 ^e keuze					

14. Mogelijke preventieve maatregelen in het kader van vaginale stenose zijn

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Vaginale dilatatie							
Het inbrengen van vaseline tampons							
Het voorschrijven van medicatie. Noteer welke:							
Het hebben van seksuele gemeenschap							
Preventieve maatregelen zijn niet nodig							

15. Wanneer zijn deze preventieve maatregelen in het kader van vaginale stenose aangewezen?

[Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Vaginale dilatatie	Vaseline tampons	Medicatie	Seksuele gemeenschap
Voor de start van de radiotherapie				
Tijdens de radiotherapie				
Na de radiotherapie, tijdens de eerste controle afspraak				
Na de radiotherapie, als er sprake is van klachten				

16. Deze preventieve maatregelen kunnen het best geadviseerd worden door

[Geef een rangorde aan: 1 = meest gewenste optie en 5 = minst gewenste optie.]

	Radiotherapeut	Gynaecoloog	Verpleegkundige	Seksuoloog	Psycholoog / Maatschapp. assistent
1 ^e keuze					
2 ^e keuze					
3 ^e keuze					
4 ^e keuze					
5 ^e keuze					

Vaginale dilatatie

17. Nu volgt een stelling over het inpassen van vaginale dilatatie binnen de behandeling.

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Het gebruik van vaginale dilatatoren zou standaard moeten worden geadviseerd, ook al is het effect ervan nog niet wetenschappelijk onderbouwd.							

18. De best te adviseren vaginale dilatator is

[Geef een rangorde aan: 1 = meest gewenste optie en 5 = minst gewenste optie.]

	Vaginale pelottes	Vaseline tampons	Vibrator Dildo	Vinger(s)	Seksuele gemeenschap
1 ^e keuze					
2 ^e keuze					
3 ^e keuze					
4 ^e keuze					
5 ^e keuze					

19. Nu volgt een aantal stellingen over het adviseren van vaginale dilatatoren (geen vaseline tampons).

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen – meerdere antwoorden mogelijk]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De behandelaar kan het best kiezen welk soort vaginale dilatator wordt gebruikt, ook als de patiënte een andere voorkeur heeft.							

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De behandelaar kan het best meerdere vaginale dilatators als optie geven, dan kan de patiënte zelf kiezen welke zij het liefst gebruikt.							
Het maakt geen verschil of het gebruik van vaginale pelottes of vibrators wordt geadviseerd.							
Het gebruik van vingers als vaginale dilatator kan beter worden afgeraden.							
Het is gunstig bij het voorkomen van verklevingen als de vaginale dilatator ook trilt (zoals een vibrator).							

20. De rationale (de achterliggende redenering) die wordt gegeven bij voorlichting over vaginale dilatatie omvat bij voorkeur dat

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.
Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Verklevingen in de vagina hierdoor zoveel mogelijk worden voorkomen.							
De vagina toegankelijk wordt gehouden en gemeenschap of andere vormen van penetratie tijdens seksueel contact in de toekomst mogelijk blijven.							
Gynaecologisch onderzoek tijdens controle afspraken hierdoor gemakkelijker zal verlopen.							
Angst voor penetratie/seksueel contact/gynaecologisch onderzoek zal dalen							

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Anders, namelijk							

21. Het gebruik van vaginale dilatatoren kan het best worden gestart

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Preventief (voordat verklevingen zijn geconstateerd).							
Bij constatering van verklevingen of klachten.							

22. Indien het gebruik van vaginale dilatatoren preventief wordt geadviseerd, wordt het gebruik bij voorkeur gestart
[Één antwoord mogelijk.]

- tijdens de radiotherapie
- tussen 0 en 2 weken na de radiotherapie
- tussen 2 en 4 weken na de radiotherapie
- tussen de 4 en 6 weken na de radiotherapie
- tussen de 6 en 8 weken na de radiotherapie
- tussen de 8 en 12 weken na de radiotherapie

23. Nu volgt een stelling over het hebben van seksuele gemeenschap

De patiënten die worden behandeld met radiotherapie en zich daar comfortabel bij voelen, mogen gemeenschap hebben vanaf het volgende moment

[Één antwoord mogelijk.]

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> tijdens de behandeling | <input type="radio"/> 4 tot 6 weken na de behandeling |
| <input type="radio"/> 0 tot 2 weken na de behandeling | <input type="radio"/> 6 weken na de behandeling |
| <input type="radio"/> 2 tot 4 weken na de behandeling | <input type="radio"/> meer dan 6 weken na behandeling,
namelijk |

In de hierop volgende stellingen worden de verschillende vaginale dilatatie technieken apart worden besproken.

Vaginale pelottes, vibrators en vinger(s)

De volgende vragen gaan dus niet over vaseline tampons.

Stelt u zich bij het beantwoorden alstublieft voor dat u het gebruik van vaginale pelottes, vibrators of vinger(s) adviseert.

24. Het gebruik van vaginale pelottes, vibrators, vinger(s) kan het best worden geadviseerd

[Één antwoord mogelijk.]

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 keer per week | <input type="radio"/> 1 keer per dag |
| <input type="radio"/> 2 tot 3 keer per week | <input type="radio"/> 2 keer per dag |
| <input type="radio"/> 3 tot 5 keer per week | |

25. Het beste is de vaginale pelotte, vibrator of vinger(s) per keer in te brengen gedurende

[Één antwoord mogelijk.]

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1 minuut | <input type="radio"/> 5 tot 10 minuten |
| <input type="radio"/> 1 tot 3 minuten | <input type="radio"/> langer dan 10 minuten |
| <input type="radio"/> 3 tot 5 minuten | |

26. Vaginale pelottes, vibratoren of vinger(s) kunnen het best worden gebruikt voor een periode van

[Één antwoord mogelijk.]

- 6 tot 8 weken
 1 tot 1.5 jaar
 2 tot 3 maanden
 1.5 tot 2 jaar
 3 tot 6 maanden
 2 tot 5 jaar
 6 tot 9 maanden
 meer dan 5 jaar
 9 tot 12 maanden

Dilatatie specifiek door: vaginale pelottes/dilatatoren

De volgende vragen gaan specifiek over het adviseren van vaginale pelottes.

Stelt u zich bij het beantwoorden alstublieft voor dat u het gebruik van vaginale pelottes adviseert.

27. Nu volgt een aantal stellingen over het gebruik van vaginale pelottes.

a) Als de motivatie tot dilateren seksuele gemeenschap is

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen. Meerdere antwoorden mogelijk.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De omtrek van een vaginale pelotte belangrijk.							
De lengte van een vaginale pelotte belangrijk.							
Het stapsgewijs opbouwen van de te gebruiken omtrek en lengte van een vaginale pelotte belangrijk.							
Moet het opbouwen van de lengte en diameter van de vaginale pelotte afgestemd zijn op de grootte van de penis van de partner.							

b) Als de motivatie tot dilateren het vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek is

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De omtrek van een vaginale pelotte belangrijk.							
De lengte van een vaginale pelotte belangrijk.							
Het stapsgewijs opbouwen van de te gebruiken omtrek en lengte van een vaginale pelotte belangrijk.							
Moet het opbouwen van de lengte en diameter van de vaginale pelotte afgestemd zijn op de grootte van de penis van de partner.							

Dilatatie specifiek door: Vaseline tampons

De volgende vragen gaan specifiek over het adviseren van vaseline tampons. Stelt u zich bij het beantwoorden alstublieft voor dat u het gebruik van vaseline tampons adviseert.

Rationale (achterliggende redenering) gebruik vaseline tampons:

.....

Niet van toepassing: Ik adviseer geen vaseline tampons (ga dan verder naar pagina 29)

28. Vaseline tampons kunnen het best worden gebruikt

[Één antwoord mogelijk.]

- 1 keer per week
- 1 keer per dag
- 2 tot 3 keer per week
- 2 keer per dag
- 3 tot 5 keer per week

29. Het beste is een vaseline tampon per keer in te brengen gedurende

[Één antwoord mogelijk.]

- 1 minuut langer dan 10 minuten
 1 tot 3 minuten de nachtrust
 3 tot 5 minuten overdag
 5 tot 10 minuten

30. Vaseline tampons kunnen het best worden gebruikt voor een periode van

[Één antwoord mogelijk.]

- Tijdens de behandeling 9 tot 12 maanden
 6 tot 8 weken 1 tot 1.5 jaar
 2 tot 3 maanden 1.5 tot 2 jaar
 3 tot 6 maanden meer dan 2 jaar
 6 tot 9 maanden

Alle vaginale dilatatie technieken

De hierop volgende vragen en stellingen betreffen alle mogelijke vaginale dilatatie technieken (dus zowel vaginale pelottes, vibratoren en vinger(s) als vaseline tampons).

31. Nu volgt een aantal stellingen over de praktische invulling van het gebruik van vaginale dilatatoren. [Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
De frequentie waarmee de vaginale dilatator wordt gebruikt, kan worden verminderd indien de patiënt tevens seksuele gemeenschap heeft.							
De positie waarin vaginale dilatatoren worden ingebracht kan de patiënt het best zelf bepalen.							

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Het beste is om vaginale dilatatoren (uiteindelijk) zo diep mogelijk in de vagina te kunnen inbrengen.							
Bij het gebruik van vaginale dilatatoren kan het best het gebruik van glijmiddel worden geadviseerd.							
Wanneer de vaginale dilatator is ingebracht, is het gunstig om deze in de vagina te bewegen.							

32. Nu volgt opnieuw een aantal stellingen rondom het gebruik van vaginale dilatatoren.

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Het actief betrekken van een eventuele partner in het gebruik van vaginale dilatatoren moet afgestemd worden op de behoeften van de patiënt.							
Het kan zinvol zijn als het gebruik van vaginale dilatatoren op een plezierige manier wordt ingebed in de seksuele beleving van de patiënt.							
Bij pijnklachten tijdens het gebruik van vaginale dilatatoren moet de behandelaar worden geraadpleegd.							
Bij aanhoudend bloedverlies tijdens het gebruik van vaginale dilatatoren moet de behandelaar worden geraadpleegd.							

33. Nu volgt opnieuw een aantal stellingen over mogelijke contra-indicaties voor het gebruik van vaginale dilatatoren.

[Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Een vaginale fistel is een contra-indicatie om te dilateren							
Angsten i.v.m. het inbrengen van de dilatator is een contra-indicatie							
Vaginisme of dyspareunie in de voorgeschiedenis is een contra-indicatie							

Ondersteuning bij vaginale dilatatie

Hierna volgt een aantal stellingen over het ondersteunen van patiënten bij vaginale dilatatie.

Daarbij wordt u gevraagd uw mening te geven door wie, wanneer en op welke manier de beste ondersteuning kan worden gegeven.

Bijvoorbeeld door middel van begeleiding bij het gebruik van vaginale dilatatoren of door het beantwoorden van vragen.

34. De ondersteuning bij vaginale dilatatie kan het beste worden gegeven door

[Geef een rangorde aan: 1 = meest gewenste optie en 5 = minst gewenste optie.]

	Radiotherapeut	Gynaecoloog	Verpleegkundige	Seksuoloog	Psycholoog / Maatschapp. assistent
1 ^e keuze					
2 ^e keuze					
3 ^e keuze					
4 ^e keuze					
5 ^e keuze					

35. Nu volgt een aantal stellingen over ondersteuning bij vaginale dilatatie. [Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen. Meerdere antwoorden mogelijk]

	Oneens	Gedeeltelijk mee oneens	Neutraal	Gedeeltelijk mee eens	Eens	Geen mening	Onvoldoende kennis
Elk behandelcentrum kan het best zelf bepalen welke behandela(a)r(en) verantwoordelijk moet(en) zijn voor de ondersteuning.							
Het bespreken van vaginale dilatatie moet een standaardonderdeel zijn van de controle afspraken na de behandeling.							
De ondersteuning kan het best gebeuren op verschillende momenten tijdens en na de behandeling.							
De behandelaar moet initiatief nemen in het geven van ondersteuning, ook als de patiënt er niet zelf over begint.							
Extra contactmomenten ter ondersteuning bij het gebruik van vaginale dilatatoren zijn gewenst.							
Extra doorverwijsmogelijkheden voor patiënten met seksuele klachten zijn gewenst.							
Extra training in het beoordelen van psychoseksuele neveneffecten eigen aan de behandeling is gewenst.							
Extra training in het beoordelen van vaginale stenose is gewenst.							
De huisarts heeft een belangrijke taak in opvolging en ondersteuning.							

Patiënten Informatie (geschreven)

Nu volgen een aantal vragen over de gebruikte geschreven patiënten informatie binnen uw ziekenhuis.

- 36. Wordt er binnen uw ziekenhuis gebruik gemaakt van geschreven patiënten informatie?
(Omcirkel uw antwoord)
Ja
Nee
- 37. Zo ja, mogen we deze informatie gebruiken ter inventarisatie van het gebruikte materiaal doorheen Vlaanderen? (Omcirkel uw antwoord)
Ja
Nee

Afsluitende vragen

- 38. Ik wil op de hoogte gebracht worden van de resultaten van deze enquête via mijn e-mailadres
.....
.....
- 39. Ik zou graag een workshop/overlegmoment/studiemoment/lezing inlassen voor mijn dienst (dit wordt gratis aangeboden via het fonds Duchesne – een samenwerking tussen Kom op Tegen Kanker en de Koning Boudewijn Stichting). U kan me bereiken via
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Hilde Toelen – Psycholoog Seksuoloog Relatietherapeut

Lieve Gielen – Psycholoog / Mede-onderzoeker

Indien u vragen en/of opmerkingen heeft kunt u contact opnemen met Hilde Toelen via:

hilde.toelen@uzleuven.be of telefonisch op vrijdag: 016-34 11 13

Bijlage 4. Demografische gegevens van de 13 deelnemers die zowel aan beide metingen als aan de workshop(s) deelnamen

Deelnemer	Geslacht	Leeftijd	Duur tewerkstelling
1	M	37	> 10j
2	V	41	> 10j
3	V	46	> 10j
4	M	60	> 10j
5	M	59	> 10j
6	M	46	> 10j
7	V	59	> 10j
8	V	29	5-10j
9	V	43	5-10j
10	M	37	< 5j
11	V	27	< 5j
12	V	48	> 10j
13	V	32	< 5j