



**Resultaten van de vragenlijst studie:
Vragenlijst ronde 1**

'Inventarisatie van patiënten informatie en de huidige praktijk ter preventie/behandeling van vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten na bestraling in het bekken wegens kanker.'

Uitgevoerd

tussen september 2016 tot en met december 2016

door: Hilde Toelen en Nele Caerts

Methode/ Beschrijving doelgroep

Het onderzoek luik beoogt om de verschillende beroepsgroepen/disciplines, die de zorg voor vrouwen die bestraald worden in het bekken op zich nemen, te bereiken. Gezien deze zorg multidisciplinair is willen we per radiotherapie unit in Vlaanderen zowel twee artsen (vb. radiotherapeut, gynaecoloog/oncoloog), twee verpleegkundigen en twee paramedische hulpverleners (vb. psycholoog, maatschappelijk assistent of seksuoloog) vragen om deel te nemen aan de studie.

Elke hulpverlener wordt gevraagd om een vragenlijst in te vullen en dit twee keer, gespreid in tijd (eind 2016= vragenlijst ronde 1; eind 2017 = vragenlijst ronde 2). Deze vragenlijst bevat enerzijds persoonsgegevens (vb. hoe lang men op de dienst werkt) en stellingen over de zorg omtrent vaginale stenose en psychoseksuele neveneffecten. Bij elke stelling kan men aanduiden of men het er mee 'eens', 'gedeeltelijk mee eens', 'neutraal', 'gedeeltelijk oneens' of 'oneens' is.

Deze vragenlijst is gebaseerd op de studie van Bakker et al. (2014). Naast deze categorieën kon men ook aankruisen dat men hierover 'geen mening' heeft of 'onvoldoende kennis'. Deze aanvulling is nuttig om de workshops die tussen de twee vragenlijst rondes gegeven worden, inhoudelijk specifiek uit te werken.

De hoofdverpleegkundige van elke afdeling werd telefonisch gecontacteerd met de vraag om deel te nemen. Tijdens dit gesprek werd de studie uitgelegd. Daarna werd een mail gestuurd met de vragenlijst en het informed consent samengaand met dezelfde uitleg die telefonisch gegeven werd.

De andere hulpverleners werden via de hoofdverpleging gevraagd om deel te nemen. Enkelen werden op vraag van de hoofdverpleegkundige rechtstreeks gecontacteerd.

De ingevulde vragenlijsten konden in gescand gemaild worden of per post opgestuurd. Gedurende de periode september – december 2016 werden de verschillende afdelingen/hulpverleners geregeld (gemiddeld 2 keer) gecontacteerd ter herinnering.

Er zijn 13 radiotherapie units in Vlaanderen. Het initieel aantal bevroegde ziekenhuizen en bijgevolg hulpverleners zou respectievelijk 13 en 78 zijn.

Het Jessa en het ZOL gaven aan dat zij met dezelfde stafmedewerkers werken binnen de bestralingseenheid. Zij wensen deel te nemen als 1 geheel. Hierdoor zullen 12 ziekenhuizen en maximaal 72 hulpverleners deelnemen.

Drie ziekenhuizen van de 12 gaven (AZ Groeninge, AZ Delta en Duffel) aan niet deel te nemen aan deze vragenlijst ronde wegens verschillende redenen (verhuis, onvoldoende kennis), maar gaven wel aan geïnteresseerd te zijn in de workshops. Van de ziekenhuizen die aangaven mee te doen (9), kwamen er 34 vragenlijsten terug. Dit is een respons rate van 63% (34/54).

Hieronder vindt u de deelnemende ziekenhuizen:

Vragenlijst ronde 1	Arts	verpleegkundige	paramedici
Iridium Kankernetwerk	2	2	2
UZ Leuven	1	2	2
AZ Sint Lucas/ Gent		1	
UZ Gent	1	2	1
JESSA + ZOL		2	2
AZ Turnhout		1	
UZ Brussel	1	2	1
AZ Sint-Jan/ Brugge-Oostende		2	2
OLV Aalst	1	2	2
TOTAAL	6/18	16/18	12/18

Beschrijving

De meerderheid van de deelnemende hulpverleners zijn verpleegkundigen (14.7% hoofdverpleegkundigen en 29.4% verpleegkundigen) en is vrouw (76.5%). De groep van artsen bedraagt 17.7% van de deelnemers. Terwijl paramedici (psychologen, maatschappelijk assistenten) 29.4% uitmaken van het geheel. 1 persoon duidde 'andere' aan en beschreef de functie als onco-coach. Seksuologen waren niet vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 42 jaar waarbij de jongste deelnemer 26 jaar oud is en de oudste 58 jaar. 54.5% van de deelnemende hulpverleners werkt meer dan 10 jaar op de radiotherapie unit. 24.2% werkt er tussen de 5 en 10 jaar en 21.2% minder dan 5 jaar.

RESULTATEN

De resultaten zullen weergegeven worden in percentages als men maar 1 mogelijkheid kan aankruisen. Als men meerdere mogelijkheden bij 1 vraag kan aanduiden, worden het aantal personen weergegeven.

Mogelijke taken

1/3^{de} van de deelnemers geeft aan vaak (11.8%) en regelmatig (23.5%) voorlichting te geven op het gebied van preventie/behandeling van *vaginale stenose* (5 artsen, 5 verpleegkundigen, de onco-coach en 1 psycholoog). 1/3^{de} zegt dit nooit (35.5%) te doen en 1/3^{de} soms (29.4%). Ook op het vlak van het geven van voorlichting van preventie/behandeling van *psychoseksuele neveneffecten* geeft 1/3^{de} aan dit vaak (8.8%) en regelmatig (20.6%) te doen (4 artsen, 4 verpleegkundigen, de onco-coach en 1 psycholoog). 32.4% van de deelnemers zegt nooit voorlichting te geven over psychoseksuele neveneffecten en 38.2% soms.

Het behandelen en beoordelen van vaginale stenose ligt eerder in het takenpakket van artsen (N:6). Ook twee verpleegkundigen vinden dat het behandelen van vaginale stenose bij hun takenpakket behoort. Terwijl het bespreken van de psychoseksuele neveneffecten, de patiënt adviseren over het opnieuw opbouwen van de seksuele relatie en het adviseren van hoe om te gaan met angst voor seksueel contact weer meer multidisciplinair lijkt te zijn.

Haast iedereen is het ermee eens (88.2%) of gedeeltelijk mee eens (5.9%) dat het hun taak is dat als een patiënt met seksuele klachten niet genoeg baat heeft bij eenvoudige seksuologische adviezen, zij hen moeten verwijzen. Twee personen waren het hier niet mee eens.

Patiëntengroep

91% van de hulpverleners geeft aan dat voorlichting over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) moet worden gegeven aan patiënten die zowel inwendig als uitwendig bestraald worden. 9% geeft aan hier onvoldoende kennis over te beschikken. De meningen zijn verdeeld over de nood aan voorlichting voor patiënten die enkel inwendig bestraald worden (44% oneens, 46% eens) en alleen uitwendig bestraald worden (51% oneens, 49% eens).

De meerderheid van de hulpverleners is het er mee eens dat vrouwen die bestraald werden voor een cervixcarcinoom (94%), vaginacarcinoom (84.8%), vulvacarcinoom (81.1%) en endometriumcarcinoom (79%) voorlichting moeten krijgen rond vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie). 61.7% is het erover eens dat vrouwen die bestraald worden in het bekken (algemeen) voorlichting moeten krijgen. Iets minder dan de helft van de hulpverleners (45%) zegt dat vrouwen die bestraald worden voor ovariumcarcinoom voorgelicht moet worden.

Dit geldt ook voor vrouwen ouder dan 70 jaar (67.6% mee eens, 14.7% gedeeltelijk mee eens), zij die seksueel actief zijn voor de start van de behandeling (88.2% mee eens) en niet actief zijn voor de behandeling (73.5% mee eens, 8.8% gedeeltelijk mee eens), een partner hebben (87.8% mee eens, 3% gedeeltelijk mee eens) of geen partner hebben (81.2% mee eens).

De meerderheid (61.7% mee eens, 23.8% gedeeltelijk mee eens) vindt dat de partner actief moet betrokken worden bij de voorlichting/informatie over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie).

Voorlichting

Een kleine meerderheid van de hulpverleners (39.3% mee eens, 27.2% gedeeltelijk mee eens) vindt dat elk behandelcentrum het best zelf kan bepalen welke behandela(a)r(en) verantwoordelijk moet(en) zijn voor het geven van voorlichting.

En de meerderheid (72.2% mee eens, 12% gedeeltelijk mee eens) vindt dat de behandelaar zelf het initiatief moet nemen om voorlichting/informatie te geven, ook als de patiënt er niet zelf over begint. Er is ook een consensus (75.7% mee eens, 20% gedeeltelijk mee eens) dat deze voorlichting mondeling gegeven moet worden en liefst vergezeld van een voorlichtingsfolder (91% mee eens, 9% gedeeltelijk mee eens). 7 van de 9 deelnemende ziekenhuizen geven aan dat er momenteel ook een voorlichtingsfolder meegegeven wordt.

Timing voorlichting

Het ideale moment om voorlichting voor de eerste keer te geven is voor de start van de behandeling (29/34 personen). Ook tijdens de radiotherapie kan het voor 37.5% van de hulpverleners, maar een meerderheid vindt dit geen goed moment (46.8% oneens en 3% gedeeltelijk oneens). Ook na bestraling tijdens de eerste controle afspraak krijgt niet de voorkeur (65.5% oneens, 3% gedeeltelijk oneens). Toch vinden een aantal hulpverleners (12.9% mee eens, 6.4% gedeeltelijk mee eens) dat deze voorlichting het best gegeven wordt na behandeling, als er sprake is van klachten.

De persoon die het meest aangewezen is om de eerste voorlichting te geven over vaginale stenose en bijhorende psychoseksuele neveneffecten (inclusief vaginale dilatatie) zijn de radiotherapeut en de gynaecoloog. De seksuoloog en paramedici (seksuoloog, psycholoog, maatschappelijk assistent) worden het minst gekozen als eerste optie.

Voorlichting: Algemene regel

De patiënten die worden behandeld met radiotherapie en zich daar comfortabel bij voelen, mogen gemeenschap hebben tijdens de behandeling (76.6%). Anderen geven aan dat men best een beetje wacht. Bijvoorbeeld: 0 tot 2 weken na de behandeling (3.3%), 4 tot 6 weken na de behandeling (16.7%) of tot 6 weken na de behandeling (3.3%).

Soorten preventieve maatregelen

Een aantal hulpverleners geeft aan dat ze over onvoldoende kennis beschikken of er al dan niet preventieve maatregelen nodig zijn (14.7%) en welke de meest aangewezen preventieve maatregelen zijn: zoals vaginale dilatatie (14.7%), inbrengen van vaseline tampons (47%), het hebben van seksuele gemeenschap (23.5%), het voorschrijven van medicatie (51.5%).

De grootste voorkeur voor preventieve maatregelen gaat uit naar vaginale dilatatie (70.5% mee eens, 11.7% gedeeltelijk mee eens) en het hebben van seksuele gemeenschap (47% mee eens, 14.7% gedeeltelijk mee eens). Minder hulpverleners kiezen voor het inbrengen van vaseline tampons

(14.7% mee eens, 11.7% gedeeltelijk mee eens) en het voorschrijven van medicatie (15.1% mee eens, 3% gedeeltelijk mee eens).

Voor de start van de behandeling vinden 13 personen dat het hebben van seksuele gemeenschap de beste maatregel. *Tijdens de behandeling* wordt geopteerd voor zowel medicatie (9 personen), het hebben van seksuele gemeenschap (9 personen) en vaginale dilatatie (7 personen). Meerdere hulpverleners raadden verschillende preventieve maatregelen aan *na de bestraling, tijdens de eerste controle afspraak*. Zo is zowel vaginale dilatatie (20 personen) als het hebben van seksuele gemeenschap (18 personen) aangewezen. Maar het voorschrijven van medicatie (6 personen) en het inbrengen van vaseline tampons (6 personen) worden ook aangevinkt. *Bij klachten* wordt vooral vaginale dilatatie (17 personen) aangeraden, maar ook het hebben van seksuele gemeenschap (10 personen), het voorschrijven van medicatie (9 personen) en het inbrengen van vaseline tampons (5 personen).

Deze maatregelen kunnen, volgens de deelnemers, het best geadviseerd worden door artsen (25 personen) en minder door paramedici (25 personen)

Een meerderheid van de deelnemers is het er mee eens (52.9%) of gedeeltelijk mee eens (17.6%) dat het gebruik van vaginale dilatatoren standaard zou moeten worden geadviseerd, ook al is het effect ervan nog niet wetenschappelijk onderbouwd. De best te adviseren vaginale dilatator zijn de pelottes (voor 18 personen 1^{ste} keuze), seksuele gemeenschap (voor 7 personen 1^{ste} keuze en 8 personen 2^{de} keuze). Vaseline tampons, vingers en een dildo zijn minder populaire keuzes als dilatator.

42.4% van de deelnemers zegt onvoldoende kennis te hebben om te oordelen of het een verschil maakt of men pelottes of vibrators adviseert. Een deel (30.3%) zegt dat het wel een verschil maakt. Een ander deel (6% eens, 9% gedeeltelijk mee eens) zegt dat het geen verschil maakt. 42.4% geeft aan onvoldoende kennis te hebben of het belangrijk is dat de dilatator trilt om verklevingen te voorkomen. Een aantal vinden dat dit niet gunstig is (30.3% oneens) en een gedeelte (12%) stelt zich hieromtrent neutraal op.

Over het al dan niet adviseren van vingers als dilatator geeft ook 35.2% aan over onvoldoende kennis te bezitten. Een deel (23.5% mee eens) zou vingers als dilatator afraden, maar een ander gedeelte (5.8% oneens en 14.7% gedeeltelijk oneens) zijn het daar niet mee eens.

De meningen zijn verdeeld over het feit of de behandelaar de soort vaginale dilatator moet kiezen tegen de voorkeur van de patiënt in (29% mee eens en gedeeltelijk mee eens/ 42.3% oneens en gedeeltelijk oneens). Men is eerder van mening dat de behandelaar het best meerdere vaginale dilatatoren als optie kan aanreiken waarna de patiënte zelf kan kiezen welke zij het liefst gebruikt (60.6% mee eens, 12% gedeeltelijk mee eens).

De achterliggende redenering die wordt gegeven bij voorlichting over vaginale dilatatie omvat bij voorkeur (78.7% mee eens, 9% gedeeltelijk mee eens) dat verklevingen in de vagina hierdoor zoveel als mogelijk worden voorkomen en dat seksueel contact met penetratie mogelijk blijft (64.7% mee eens, 14.7% gedeeltelijk mee eens). En in tweede instantie (50% mee eens, 20.5% gedeeltelijk mee eens) dat hierdoor gynaecologisch onderzoek tijdens controle afspraken makkelijker zal verlopen. Ook staat een meerderheid van de deelnemers (50% mee eens, 20.5% gedeeltelijk mee eens) achter

het feit dat door te dilateren de angst voor penetratie/seksueel contact/gynaecologisch onderzoek zal dalen.

Het starten met dilateren gebeurt volgens de meerderheid preventief (79.4%) en niet bij constatering van verklevingen of klachten (48.4% oneens, 12% gedeeltelijk mee oneens). Gezien dit twee verschillende vragen waren en niet gevraagd werd naar rangorde, is dit geen uitsluitend resultaat. Zo kunnen hulpverleners die vinden dat er preventief gestart moet worden, ook vinden dat er gestart moet worden bij constatering van verklevingen en klachten. Indien het gebruik van vaginale dilatatoren preventief wordt geadviseerd, wordt het gebruik bij voorkeur gestart tussen de 4 en 6 weken na de radiotherapie (35.5%). Andere mogelijke start momenten zijn: tijdens de radiotherapie (29%), tussen 2 en 4 weken na de radiotherapie (19.4%), tussen 0 en 2 weken na de radiotherapie (6%), tussen de 6 en 8 weken na de radiotherapie (6%) en tussen de 8 en 12 weken na de radiotherapie (3%)

Het advies over hoe vaak men het best vaginale pelottes, vibrators, vinger(s) kan inbrengen, is variabel. Het advies kan 2 tot 3 keer per week (33.3%) of 3 tot 5 keer per week (36.7%) zijn. Anderen adviseren dan weer 1 keer per dag (13.3%) of net minder, nl. 1 keer per week (16.7%). De meerderheid van de hulpverleners (56.2% mee eens, 18.7% gedeeltelijk mee eens) geeft aan dat de frequentie waarmee de vaginale dilatator wordt gebruikt, kan worden verminderd indien de patiënte tevens seksuele gemeenschap heeft.

De pelotte kan het best 3 tot 5 minuten (27.6%) of 5 tot 10 minuten (31%) ingebracht worden. Sommigen kiezen voor minder lang inbrengen nl. 1 minuut (10.3%) of 1 tot 3 minuten (20.7%). Enkel opteren voor langer dan 10 minuten (10.3%).

Net als in de literatuur zijn de meningen sterk verdeeld over 'hoe lang' dilateren zinvol is. 1/3^{de} (28.6%) opteert voor 2 tot 5 jaar en 14.3% voor meer dan 5 jaar. Anderen kiezen voor een korter tijdsbestek: 6 tot 8 weken (3.6%), 2 tot 3 maanden (14.3%), 3 tot 6 maanden (7.1%), 6 tot 9 maanden (3.6%), 9 tot 12 maanden (7.1%) 1 tot 1.5 jaar (10.7%) en 1.5 tot 2 jaar (10.7%).

Bij eerder praktische adviezen, zoals omtrek en lengte van de dilatator of de mate waarin er stapsgewijs moet opgebouwd worden of er rekening moet gehouden worden met de maat van de penis van de partner geven een groot aantal hulpverleners aan over onvoldoende kennis te beschikken (respectievelijk 21.8%, 25%, 20.5%, 25%). We vroegen ons ook af of deze adviezen anders waren als de patiënt aangegeven had dat de reden tot dilateren het hebben van seksuele gemeenschap was of de reden eerder het vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek betrof. Zo kunnen we stellen dat hulpverleners de omtrek van de pelotte belangrijker vinden als de motivatie seksuele gemeenschap is (56.2% mee eens, 3% gedeeltelijk mee eens) versus het vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek (37.5% mee eens). Ook bij de lengte zien we een verschil tussen de motivatie tot het hebben van seksuele gemeenschap (43.7% mee eens) en vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek (33.3% mee eens).

Iedereen die de stelling beantwoordt heeft (niet 'onvoldoende kennis' aangekruist) is het er over eens dat het stapsgewijs opbouwen van de te gebruiken omtrek en lengte van een vaginale pelotte belangrijk is als de motivatie seksuele gemeenschap is. Eén persoon was het hier niet mee eens en een andere persoon stond er neutraal tegenover als de motivatie het vergemakkelijken van gynaecologisch onderzoek was. Of dit opbouwen van lengte en diameter van de vaginale pelotte

afgestemd moet zijn op de grote van de penis van de partner, waren de meningen verdeeld als de motivatie seksuele gemeenschap is. Maar bij motivatie tot vergemakkelijken van gynaecologische onderzoek vond men dat dit niet nodig was.

Ondanks het feit dat er verdeeldheid is over de belangrijkheid van de lengte van de dilatator, geeft de meerderheid (35.2% mee eens, 17.6% gedeeltelijk mee eens) aan dat het beter is om vaginale dilatatoren (uiteindelijk) zo diep mogelijk in de vagina te kunnen inbrengen. 26.4% van de hulpverleners geeft aan hier onvoldoende kennis over te hebben. Ook geeft men aan (55.8% eens, 17.6% gedeeltelijk mee eens) dat de patiënte het best zelf bepaalt in welke positie de vaginale dilatatoren worden ingebracht.

Er bestaat consensus over het feit dat bij het gebruik van vaginale dilatatoren het best glijmiddel wordt geadviseerd (79.4% mee eens, 2.9% gedeeltelijk mee eens en 17.6% onvoldoende kennis). Of het gunstig is om de dilatator te bewegen, eens ingebracht, lijkt onduidelijk. 30.3% zegt hierover onvoldoende kennis te hebben, 3% geeft mee hierover geen mening te hebben en 15.1% kruist neutraal aan. De overige hulpverleners vinden het wel zinvol.

Buiten degenen die neutraal aanduidde (2.9%) of aangaven onvoldoende kennis te hebben (11.7%) is er consensus over het feit dat het actief betrekken van een eventuele partner in het gebruik van vaginale dilatatoren moet afgestemd worden op de behoeften van de patiënte.

De meerderheid (47% mee eens, 20.5% gedeeltelijk mee eens) vindt dat het zinvol kan zijn als het gebruik van vaginale dilatatoren op een plezierige manier wordt ingebed in de seksuele beleving van de patiënt.

Ook is het belangrijk om bij pijnklachten (79.4% mee eens, 5.8% gedeeltelijk mee eens) en bij aanhoudend bloedverlies (82.3% mee eens, 2.9% gedeeltelijk mee eens) tijdens het gebruik van vaginale dilatatoren de behandelaar te raadplegen. 45.4% zegt onvoldoende kennis te hebben of een vaginale fistel een contra-indicatie is om te dilateren. De overige hulpverleners zijn het hiermee eens.

De meningen zijn dan weer verdeeld of angsten i.v.m. het inbrengen van de dilatator (27.2% oneens, 21.2% gedeeltelijk mee eens) of vaginisme en dyspareunie (24.2% oneens, 21.2% gedeeltelijk mee eens) een contra-indicatie zijn.

Dilatatie specifiek door: Vaseline tampons

Niemand heeft een rationale voor het gebruik van vaseline tampons toegelicht. 85.2% respondenten zegt dan ook dat zij dit niet adviseren. De 5 personen die deze maatregel wel toepassen in de zorg, adviseren het volgende:

- Gebruik de vaseline tampons (N:5): 1 keer per week (1 persoon), 2 tot 3 keer per week (3 personen) en 1 keer per dag (1 persoon)
- De vaseline tampon kan het best ingebracht worden gedurende (N:5): 1 tot 3 minuten (1 persoon), 3 tot 5 minuten (1 persoon), 5 tot 10 minuten (1 persoon) en langer dan 10 minuten (2 personen)

- Vaseline tampons kunnen het best worden gebruikt (N:4) tijdens de behandeling (1 persoon), tot 3 tot 6 maanden na behandeling (1 persoon), tot 6-9 maanden na de behandeling (1 persoon) en tot 1-1.5 jaar (1 persoon)

Ondersteuning bij vaginale dilatatie

De meningen zijn verdeeld over de eerste keuze van hulpverlener ter ondersteuning bij vaginale dilatatie. 17.6% van de hulpverleners kiest voor de radiotherapeut, 26.4% voor de gynaecoloog, 26.4% voor de verpleegkundige en 26.4% voor de seksuoloog. Hierin kiest niemand de psycholoog of maatschappelijk assistent als eerste keuze.

Elk behandelcentrum kan het best zelf bepalen welke behandela(a)r(en) verantwoordelijk moet(en) zijn voor de ondersteuning (51.5% mee eens, 21.2% gedeeltelijk mee eens).

De grote meerderheid (81.8% mee eens, 12% gedeeltelijk mee eens) vindt dat het bespreken van vaginale dilatatie een standaardonderdeel moet zijn van de controle afspraken na de behandeling.

De ondersteuning kan het best gebeuren op verschillende momenten tijdens en na de behandeling (75.7% mee eens, 20% gedeeltelijk mee eens). En het is het beste dat de behandelaar initiatief neemt in het geven van ondersteuning, ook als de patiënt er niet zelf over begint (78.7% mee eens, 21.2% gedeeltelijk mee eens). Daarnaast zijn extra contactmomenten ter ondersteuning bij het gebruik van vaginale dilatatoren gewenst (69.6% mee eens, 24.2% gedeeltelijk mee eens).

De meerderheid van de hulpverleners geeft aan (84.8% mee eens, 12% gedeeltelijk mee eens) dat extra doorverwijsmogelijkheden voor patiënten met seksuele klachten gewenst zijn. Daarnaast geeft een groot deel van de hulpverleners (69.6% mee eens, 21.2% gedeeltelijk mee eens) aan dat extra training in het beoordelen van psychoseksuele neveneffecten eigen aan de behandeling gewenst is. Net als extra training in het beoordelen van vaginale stenose (68.7% mee eens, 18.7% gedeeltelijk mee eens)

63.3% van de hulpverleners vindt dat de huisarts een belangrijke taak heeft in de opvolging en ondersteuning van dilatatie. 6.6% heeft hierin geen mening, 10% staat hieromtrent neutraal en 20% is het hier gedeeltelijk mee oneens.

Referentie

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), p1499-1506.*