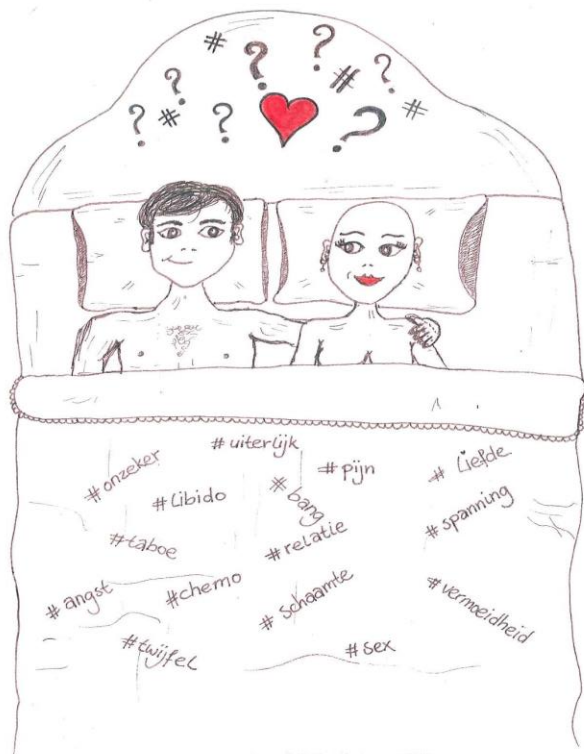




BENOEM HET GEWOON!

Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen het bespreken van
seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

Auteur: Mandy Smeulders

Studentnummer: 2138355

Opleiding: HBO-V, maatwerk ETZ
cohort najaar 2016, groep 3

Organisatie: Elisabeth-

TweeSteden Ziekenhuis, locatie

TweeSteden

Afdeling: Oncologisch Dagcentrum

Opdrachtgever: Karin Jooren

Onderwijsinstelling: Avans

Hogeschool Breda

Begeleiding docent: Tejo Hijlkema

Beoordelend docent: Cindy de Bot



Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag “Benoem het gewoon!”. In het kader van de HBO bacheloropleiding aan Avans Breda is dit onderzoeksverslag tot stand gekomen. Dit onderzoeksverslag geeft inzichten in hoe oncologieverpleegkundigen, op het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth TweeSteden locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemopatiënten ervaren. Een verslag waar ik super trots op ben en waarvan ik hoop dat ik er een vervolg aan mag geven. Zodat het bespreken van seksualiteit geborgd wordt in het behandeltraject op het Oncologisch Dagcentrum.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken. Zonder hun hulp zou het afstuderen een stuk moeilijker zijn geworden.

Mijn lieve Bart voor zijn geduld, ruimte en begrip. Hij moest steeds maar aanhoren dat ik aan mijn verslag moest werken. Mijn mattie Lonneke van Vugt, die met haar tomeloze enthousiasme en energie mij steunde wanneer ik even geen zin meer. Dank voor je energie en feedback. Mijn zusje Gaby van de Winkel voor haar mooie illustratie op de voorkant. Nadette van Buul en Gerry Oerlemans: dank voor jullie kritische blik en grammaticale correcties. Karin Jooren mijn opdrachtgever, dank voor je vertrouwen en interesse tijdens mijn afstuderen. Mijn collega's wil ik bedanken voor deelname aan het onderzoek. Zonder hen was dit onderzoeksverslag nooit tot stand gekomen. Tot slot wil ik mijn begeleidend docent Tejo Hijlkema bedanken! Voor je positiviteit, rust, uitleg en je feedback. Maar waar ik je ook voor wil bedanken is de magnesium citraat! Had ik eerder moeten weten.

Ik wens u veel leesplezier!

Mandy Smeulders

28 november 2018.

Samenvatting

Achtergrond

De verwachting is dat het aantal patiënten met kanker de komende jaren zal toenemen. Chemotherapie is de meest toegepaste behandeling bij kanker. Veel cytostatica onderdrukken de werking van de eierstokken en de testes. Hierdoor ontstaat een tekort aan mannelijke en vrouwelijke geslachtshormonen, wat invloed heeft op de seksualiteit. Ruim twee op de drie kankerpatiënten ervaren problemen met seksualiteit. Seksualiteit levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Dit onderzoek heeft als doel om te kijken naar de ervaringen van de oncologieverpleegkundigen bij het bespreken van seksualiteit. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: “Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis, locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?”

Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het eerste deel van het praktijkonderzoek bestond uit een focusgroep, waar zes oncologieverpleegkundigen aan deelnamen. De groepsdynamiek kan ervoor zorgen dat de deelnemers elkaar stimuleren en op ideeën brengen. De informatie die uit de focusgroep kwam is geformuleerd in topics. Deze zijn meegenomen naar het tweede deel van het praktijkonderzoek, namelijk semigestructureerde interviews. Vijf oncologieverpleegkundigen zijn geïnterviewd waarbij naar ervaringen en meningen werden gevraagd.

Resultaten

Uit de data-analyse van de focusgroep en semigestructureerde interviews kwamen verschillende ervaringen naar voren van de oncologieverpleegkundigen. Het belang van het onderwerp wordt door alle oncologieverpleegkundigen gezien. Echter uit de praktijk komt naar voren dat seksualiteit alleen tijdens het intakegesprek wordt aangestipt. Daarna vindt zelden een vervolgesprek plaats over seksualiteit. Oncologieverpleegkundigen geven aan dat de kennis niet optimaal is over seksualiteit en chemotherapie. Daarnaast geven oncologieverpleegkundigen aan dat het moeilijk is om erover te beginnen. Wat verder naar voren komt is dat de oncologieverpleegkundigen een gebrek aan privacy en tijdsdruk ervaren op het Oncologisch Dagcentrum. Deze aspecten zijn belemmerend voor het bespreken van seksualiteit.

Discussie

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten is gebruik gemaakt van onderzoekstriangulatie. Tevens is rekening gehouden met de kwaliteitseisen die worden gesteld aan

praktijkgericht onderzoek. Er is mogelijk sprake geweest van interviewer bias. Om dit te beperken is gebruik gemaakt van samenvattingen en membercheck tijdens het interview.

Conclusie

De oncologieverpleegkundigen vinden het bespreken van seksualiteit een belangrijk onderwerp. Tijdens het intakegesprek wordt seksualiteit kort aangestipt. Daarna wordt er geen vervolg meer aangegeven. Meer kennis over seksualiteit en chemotherapie, gesprekstechnieken en betere privacy zou ervoor moeten zorgen dat seksualiteit bij chemotherapie meer besproken wordt op het Oncologisch Dagcentrum.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	2
Probleem- en doelstelling	5
Onderzoeksvraag	5
Leeswijzer	5
Hoofdstuk 2 Methode, praktijkgericht onderzoek	7
2.1 Onderzoeksdesign	7
2.2 Onderzoekspopulatie	8
2.3 Meetmethode	9
2.4 Gegevensverwerking en analyse	10
2.5 Dataverzameling en analyse focusgroep	10
2.6 Data-analyse en verzameling semigestructureerde interviews	11
2.7 Kwaliteitseisen kwalitatief praktijkgericht onderzoek	12
Hoofdstuk 3 Resultaten	14
3.1 Resultaten focusgroep	14
3.1 Ervaringen	14
3.2 Kennis en opleiding	16
3.3 Vaardigheden	17
3.4 Resultaten semigestructureerde interviews	18
3.5 Communicatie	18
Aanleiding	18
Gesprekstechniek	19
Verantwoordelijkheid	19
3.6 Kennis	20
Kennis van het onderwerp	20
Inhoud gesprek	20
Doorverwijzing	20
3.7 Normen en waarden	21

Beleving	21
Houding professional.....	21
Houding patiënt.....	22
3.8 Voorwaarden.....	22
Privacy	22
Randvoorwaarden	23
3.9 Vertrouwensband.....	23
Hoofdstuk 4 Discussie.....	24
4.1 Reflectie literatuur met praktijkgericht onderzoek.....	24
4.2 Reflectie onderzoeksmethodologie	26
4.3 Reflectie dataverzameling focusgroep	26
4.4 Reflectie dataverzameling semigestructureerde interviews.....	26
4.5 Reflectie onderzoeksresultaten.....	27
4.6 Waarde van het onderzoek	28
Hoofdstuk 5 Conclusie.....	29
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Literatuurlijst	32
Bijlage A Methode literatuurstudie.....	36
Bijlage B zoekstrategie Pubmed, Cinahl en Invert.....	39
Bijlage C Tijdsplan.....	42
Bijlage D Toestemmingsverklaringsformulier	44
Bijlage E Gesprekshandleiding focusgroep.....	45
Bijlage F Transcript focusgroep	48
Bijlage G Codeboom focusgroep	73
Bijlage H Topiclijst 1 semigestructureerd interview.....	86
Bijlage I Interviews en memberchecks	89
Bijlage J Codeboom semigestructureerde interviews.....	143

Hoofdstuk 1 Inleiding

In 2017 werden in Nederland ongeveer 109.700 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Dit zijn ruim 2700 patiënten meer dan in 2015 zoals blijkt uit de voorlopige cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie (Integraal Kankercentrum Nederland, 2018). De werkgroep 'Kanker in Nederland tot 2020', van Koningin Wilhelmina Fonds voor de Nederlandse Kankerbestrijding (2011) verwacht uit de beschikbare gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie, een forse toename van het aantal nieuwe gevallen van kanker in 2020. De verwachting is dat 123.000 mensen in 2020 de diagnose kanker krijgen. Een van de verklaringen die KWF Kankerbestrijding (2011) hiervoor geeft is de dubbele vergrijzing. Het aantal ouderen wordt steeds groter. Bovendien worden ouderen steeds ouder. De toename betekent dat de maatschappij met betrekking tot de zorg voor kankerpatiënten extra zal worden belast (KWF Kankerbestrijding, 2011). Positief is, dat steeds meer mensen kanker overleven als gevolg van verbeteringen in de oncologische zorg. Bijna twee derde van de patiënten met kanker in Nederland is vijf jaar na de diagnose nog in leven (IKNL, z.d.).

Chemotherapie is de meest toegepaste behandeling bij kanker (Nederlandse Federatie Kankerpatiënten, 2018). Chemotherapie is de behandeling van kanker met cytostatica. Cytostatica is er in veel verschillende soorten. Afhankelijk van het type kanker wordt bepaald welke cytostatica daarvoor geschikt zijn (Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis, 2018). Cytostatica grijpt in op de delingsprocessen van kankercellen waardoor zij een celgroei remmend en/of celdodend effect hebben. Kankercellen delen zich meestal vaker en sneller. Daarom zijn deze cellen gevoeliger voor cytostatica. Maar er zijn ook gezonde cellen die zich snel delen, bijvoorbeeld beenmergcellen, haarwortelcellen en slijmvliescellen in de neus, mond, maag en darmen. Cytostatica maakt geen onderscheid tussen snel delende gezonde cellen en kankercellen. Dit verklaart het optreden van bijwerkingen (Chemo&nu, z.d.). Lichamelijke bijwerkingen kunnen optreden zoals misselijkheid, braken, haaruitval, diarree, verminderde afweer, vermoeidheid en pijn (ETZ, 2018).

Veel cytostatica onderdrukken de werking van de eierstokken en de testes. Hierdoor ontstaat een tekort aan mannelijke en vrouwelijke geslachtshormonen. Dit heeft invloed op de seksualiteit. Dit kan bij mannen minder zin in seks veroorzaken. Bij vrouwen kan het een droge vagina of pijn tijdens de gemeenschap betekenen (Verstraeten, 2012; De Vocht, 2012). Er zijn ook cytostatica die van invloed kunnen zijn op het zenuwstelsel. Hierdoor kan de gevoeligheid van de handen en voeten afnemen, zodat strelen of gestreeld worden minder prettig kan zijn. Een andere bijwerking kan zijn dat het moeilijker lukt om opgewonden te raken (NKI&AVL, 2009).

Seksualiteit levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten, omdat het de mogelijkheid biedt om deel te nemen aan een intieme relatie. Het kan ook bijdragen aan lichamelijk herstel en herwinnen van zelfvertrouwen (Barsky Reese et al., 2016; Krouwel et al., 2015; Oskay, Gulbeyaz, & Basgols, 2014; Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Chun Zeng, Lui, & Yuen Loke, 2012; Jerelyn et al., 2010; Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009). “Seks kan voor mensen misschien juist het middel zijn om te ontspannen in een moeilijke periode. Voor anderen kan het troost bieden of het mogelijk maken om boosheid te uiten” (Hillen, 2017, p. 20).

“Seksuele gezondheid is de integratie van somatische, emotionele, intellectuele en sociale aspecten in het seksueel bestaan op een manier die positief verrijkend is en het individu, de communicatie en de liefde versterkt” (WHO, 1976, geciteerd in Oncoline, 2006, p. 1). Bij seksualiteit gaat het om lichamelijk seksueel functioneren, het seksueel gedrag, de seksuele beleving en de betekenis die dit alles voor mensen heeft. Voor sommigen staat lust voorop, voor anderen is intimiteit een belangrijk aspect (Eeltink, Batchelor, & Gamel, 2006). Seksualiteit is voor iedereen van belang, ongeacht man, vrouw en leeftijd (Barsky Reese et al., 2017; Eeltink, 2014; De Vocht, 2012). Seksuele activiteit kun je beschrijven aan de hand van de seksuele responscyclus. De responscyclus bestaat uit vijf verschillende fasen, verlangen, opwindend, plateau, orgasme en herstel. Iedereen doorloopt de fasen tijdens de seks (Eeltink et al., 2006). De responscyclus kan beïnvloed worden door kanker en de behandeling daarvan. Wanneer zich een probleem in één van de vijf fase voordoet is er een verstoorde responscyclus wat invloed heeft op de beleving van seksualiteit.

Uit een recente enquête van de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisatie (NFK, 2017), blijkt dat ruim twee op de drie kankerpatiënten problemen ervaren met seksualiteit.

Volgens Corteel (2008) is “van seksuele disfunctie sprake als iemand niet in staat is zijn seksualiteit tot uitdrukking te brengen overeenkomstig zijn persoonlijke behoeften en voorkeuren, ook al is er maar één fase van de seksuele responscyclus verstoord” (p. 12). In de richtlijn Veranderd seksueel functioneren (2006) wordt een seksuele stoornis beschreven als een blijvende of steeds terugkerende verstoring van de seksuele responscyclus.

In het onderzoek van Olsson et al., (2012) komt naar voren dat patiënten willen dat de oncologieverpleegkundigen het onderwerp seksualiteit bespreken. Patiënten willen dat professionals op passende wijze het initiatief nemen en seksualiteit bespreken. Ze willen in hun totaliteit als mens-as-geheel gezien en erkend worden (De Vocht, Notter, & Van de Wiel, 2010). In de landelijke richtlijn “Veranderd seksueel functioneren (2006)” staat dat het ter sprake brengen van seksualiteit door oncologieverpleegkundigen als zeer moeilijk wordt ervaren. Maar in dezelfde richtlijn staat ook dat de oncologieverpleegkundige een belangrijke rol heeft in het herkennen en bespreken van kanker

gerelateerde problematiek, dus ook seksuele problematiek (Oncoline, 2006). De oncologieverpleegkundige kan een waardevolle rol spelen in de voorlichting en zorg. De taken van de oncologieverpleegkundige liggen immers op het gebied begeleiden, informeren en coördineren (Boone, 2009).

Ondanks het feit dat seksuele problemen als zeer belastend worden ervaren, groeit het wetenschappelijke bewijs dat veel patiënten niet of nauwelijks met zijn of haar zorgverlener over seksualiteit spreken of informatie over seksualiteit krijgen (Barsky Reese et al., 2016; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012). Uit onderzoek van Krouwel et al. (2015) geeft 87.6 % van de verpleegkundigen aan dat het bespreken van seksualiteit onder hun verantwoordelijkheid valt. Vaak zijn het behandelingsgerelateerde seksuele bijwerkingen die besproken worden door oncologieverpleegkundigen (Olsson et al., 2012; Krouwel et al., 2015; Barsky Reese et al., 2016; Oskay et al., 2014; Kotronoulas et al., 2009). Het niet ter sprake brengen van seksualiteit blijkt deels te komen door een gebrek aan communicatieve vaardigheden, een kennistekort op het gebied van seksualiteit in het algemeen en in relatie tot kanker, kankerbehandeling en seksualiteit en voortplanting (Oncoline, 2006). Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat oncologieverpleegkundigen seksualiteit niet bespreken, omdat ze gebrek aan privacy, zware werklast, gebrek aan tijd, persoonlijke normen en waarden, ongemak, kennis en vaardigheden tekort ervaren (Kotronoulas et al., 2009; Chun Zeng et al., 2012; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012; Barsky Reese et al., 2016; Moore, Higgins, & Sharek, 2013; Oskay et al., 2014). Seks is voor veel mensen iets wat je doet, niet iets waar je over praat (Put, 2017). Het moment van bespreken van seksualiteit is ook een punt waar veel onduidelijkheid over is. De richtlijn Veranderd seksueel functioneren (2006) geeft aan dat het tijdens de anamnese aan bod komt, maar geeft hier verder geen vervolg aan. Corteel (2008) geeft aan dat oncologieverpleegkundigen vlak nadat de diagnose is gesteld en de behandeling is gepland een open dialoog over seksualiteit moeten aangaan. Deze dialoog moet gedurende het gehele behandeltraject en geruime tijd daarna doorgaan. Uit het onderzoek van Barsky Reese et al. (2016) kwam naar voren dat patiënten veelal voorafgaand aan de behandeling nog geen behoefte hebben aan een uitgebreid gesprek over de impact op zijn of haar seksualiteit. Maar door in deze fase het onderwerp op open wijze te bespreken wordt de toon gezet voor latere fasen. Gedurende de behandeling moeten oncologieverpleegkundigen aandacht besteden aan de impact op het seksuele functioneren van patiënten (De Vocht et al., 2010).

Probleem- en doelstelling

In 2017 zijn, binnen het Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), locatie TweeSteden, afdeling Oncologisch Dagcentrum in Tilburg totaal 487 oncologische patiënten behandeld met chemotherapie (B. de Vries, persoonlijke communicatie, 17 september 2018). Voorafgaand aan de behandeling chemotherapie krijgt de patiënt een intakegesprek. Hier wordt het formulier patiënteninformatie kuurspecifieke bijwerkingen rondom chemotherapie besproken. Het formulier bevat informatie over de bijwerkingen die de patiënt kan verwachten per cytostatica (ETZ, 2018). Ook wordt de anamnese afgenomen volgens de elf gezondheidspatronen van Gordon. Uit dossieronderzoek, door de onderzoeker verricht, blijkt dat punt negen, “seksualiteit/ voortplantingspatroon”, niet wordt ingevuld. Het punt seksualiteit staat niet benoemd op het formulier patiënteninformatie kuurspecifieke bijwerkingen. Het is dus geen vast onderdeel tijdens het intakegesprek. Voor elke toediening van chemotherapie voert de oncologieverpleegkundigen een gesprek met de patiënt, het heropname gesprek. De punten die hierin worden besproken zijn niet vastgelegd. Vaak worden de eerste vijf gezondheidspatronen van Gordon besproken en gerapporteerd in het elektronisch patiënten dossier.

Gezien het veelvuldig voorkomen van seksuele problematiek, de invloed daarvan op kwaliteit van leven en de behoefte van patiënten aan aandacht hiervoor, moet inzicht gekregen worden hoe oncologieverpleegkundigen het bespreken van seksualiteit ervaren voor en tijdens chemotherapie. Doel: handvatten aanbieden aan de opdrachtgever zodat het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie geborgd wordt binnen het behandeltraject op het Oncologisch Dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden.

Onderzoeksvraag

Vanuit bovenstaande probleem- en doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?”

Leeswijzer

Hoofdstuk één wordt de aanleiding en de achtergrond van het praktijkprobleem beschreven. In hoofdstuk twee wordt de methode beschreven. Hierin wordt het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, methode en analyse beschreven. De resultaten van het praktijkgericht onderzoek worden weergegeven in hoofdstuk drie. Hoofdstuk vier is de discussie te lezen. Hierin wordt kritisch gereflecteerd op de methode, gegevensverzameling en resultaten. In hoofdstuk vijf

wordt de conclusie, het antwoord op de onderzoeksvraag, beschreven. De conclusie leidt tot de aanbevelingen beschreven hoofdstuk zes. Als laatste zijn de twaalf bijlagen te vinden met methode literatuurstudie, zoekstrategie, tijdspad, toestemmingsformulier, gesprekshandleiding focusgroep, transcript focusgroep, codeboom focusgroep, topiclijst semigestructureerde interviews, transcript interviews en memberchecks, codeboom semigestructureerde interviews, zelfreflectie, beoordelingsformulier opdrachtgever en het projectcontract.

Hoofdstuk 2 Methode, praktijkgericht onderzoek

2.1 Onderzoeksdesign

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, “Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis, locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?” werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

Kwalitatief onderzoek is gericht op gegevens van de beleving, ervaringen, opvattingen of verwachtingen van personen. Attitudes en achterliggende oorzaken worden doorgrond en er wordt diep op het onderwerp ingegaan (Bakker & Van Buuren, 2014; Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2016). Het praktijkonderzoek was inductief van aard, van praktijk naar theorie. De onderzoeker had een praktijkprobleem gesignaleerd, waarop een literatuurstudie werd uitgevoerd. Vanuit de literatuur werden kernbegrippen geformuleerd. Dit gaf richting aan het praktijkonderzoek (De Jong et al., 2016).

Het eerste deel van het praktijkonderzoek bestond uit het formeren van een focusgroep. De groepsdynamiek kan ervoor zorgen dat de deelnemers elkaar stimuleren en op ideeën brengen (Bakker & Van Buuren, 2014). De informatie die uit de focusgroep kwam is meegenomen bij het formuleren van de topics. Deze waren nodig voor het tweede deel van het praktijkonderzoek, namelijk semigestructureerde interviews.

Beide onderzoeken waren retrospectief. Dat wil zeggen een terugblik op wat is geweest (De Jong et al., 2016). Er werd gekeken naar de ervaringen van de oncologieverpleegkundigen bij het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten.

Zowel de focusgroep, als de semigestructureerde interviews worden gezien als een beschrijvend onderzoek. Er wordt naar meningen en ervaringen van oncologieverpleegkundigen gevraagd.

Volgens Verhoef et al. (2016) is kwalitatief onderzoek een onderzoeksstroming die past bij het interpretatief paradigma. Het gaat uit van de perceptie dat er geen eenduidige objectiviteit en realiteit bestaat. Het beschrijvend praktijkonderzoek bevat enkele elementen van fenomenologie, wat behoort tot het interpretatieve paradigma. Letterlijk genomen is “fenomenologie: de houding van het zien van en luisteren naar wat de fenomenen te zeggen hebben” (De Jong et al., 2016, p. 211).

2.2 Onderzoekspopulatie

Beide praktijkonderzoeken vonden plaats op het Oncologisch Dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden. Het Oncologisch Dagcentrum heeft twaalf dagbehandeling plaatsen, vier stoelen en acht bedden, daarnaast is er nog een behandelkamer. Op het Oncologisch Dagcentrum werken vierentwintig oncologieverpleegkundigen. Het team werkt roulerend op afdeling Oncologie/ Hematologie en het Oncologisch Dagcentrum. Op het Oncologisch Dagcentrum werken alleen verpleegkundigen met een specialistische vervolgopleiding Oncologie en/ of Hematologie. Momenteel zijn twee verpleegkundigen bezig met de specialistische vervolgopleiding oncologie (K. Jooren, persoonlijke communicatie 7 september 2018). Er werd een steekproef onder deze populatie ingezet op basis van in- exclusiecriteria. Zie Tabel 1.2. Er werd de keuze gemaakt om de verpleegkundigen die bezig zijn met de specialistische vervolgopleiding Oncologie niet deel te laten nemen. De reden hiervoor was dat zij nog niet alle competenties bezitten van een gediplomeerd oncologieverpleegkundige.

Tabel 1.2 In- Exclusiecriteria voor deelname aan de steekproef

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Verpleegkundige met specialistische vervolgopleiding Oncologie werkzaam op het Oncologisch Dagcentrum	Verpleegkundige die bezig is met de specialistische vervolgopleiding Oncologie
Oncologieverpleegkundige geeft toestemming voor deelname onderzoek	Verpleegkundige werkzaam op afdeling Oncologie
	Leerling verpleegkundige in opleiding voor verpleegkunde

Een van de eigenschappen waar een steekproef aan moet voldoen is "representativiteit". "Dat wil zeggen dat de personen in de steekproef een goede afspiegeling zijn van de hele feitelijke populatie" (Bakker & Buren, 2014, p. 76). In dit praktijkonderzoek werd de samenstelling voor de focusgroep en de semigestructureerde interviews met behulp van een selectieve steekproeftrekking genomen. Deelnemers worden bewust geselecteerd op basis van bepaalde eigenschappen (Verhoef et al., 2016). De interviewer vroeg aan willekeurige participanten, die voldeden aan de inclusiecriteria, om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij is de kans op bias wel groter, omdat niet iedereen de kans krijgt om aan het onderzoek deel te nemen (Bakker & Van Buuren, 2014). Een andere eigenschap waar een steekproef aan moet voldoen is dat ze voldoende groot is om (statistische) relevante verbanden en verschillen te vinden (Verhoef et al., 2016). De focusgroep bestond uit zes deelnemers. Er was voldoende variatie onder de deelnemers om verschillende meningen naar voren te laten

komen (Verhoef et al., 2016). Bij individuele interviews staat het aantal niet beschreven. Het interviewen gaat net zo lang door tot je geen nieuwe informatie meer krijgt. Dan is de saturatie bereikt. En er wordt dan gestopt met dataverzameling. Er zijn vijf deelnemers geïnterviewd. Hiermee was de saturatie bereikt. Voordat de deelnemers deelnamen aan het onderzoek moesten zij hiervoor toestemming geven. Door een informed consent werd de deelnemer geïnformeerd over het onderzoek, het doel, de opzet en de privacy, zie Bijlage D.

2.3 Meetmethode

Bij de keuze van de meetinstrumenten werd rekening gehouden met de validiteit en betrouwbaarheid. De validiteit geeft aan of daadwerkelijk gemeten wordt wat er gemeten moet worden. De betrouwbaarheid geeft aan of de meting herhaalbaar is. Als dezelfde meting herhaald wordt met hetzelfde meetinstrument mag hetzelfde resultaat worden verwacht (De Jong et al., 2016).

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd onder andere een focusgroep gehouden. Het doel was om ideeën te genereren, achtergronden en mogelijke verklaringen te vinden of ervaringen te beschrijven (Bakker & Van Buuren, 2014). De vragen die gesteld werden, bepalen voor een groot deel het succes van het onderzoek. De vragenlijst werd op basis van de literatuurstudie samengesteld, zie Bijlage E. Verdieping is een techniek die de gespreksleider heeft gebruikt om vage uitspraken en commentaren te verduidelijken (Verhoef et al., 2016). Tevens is non-verbaal gedrag geobserveerd door een observator. Een focusgroep heeft ook nadelen. De groepsdynamiek kan stimuleren en op ideeën brengen, maar kan er ook voor zorgen dat deelnemers zich conformeren aan de mening van anderen. Dominante groepsleden kunnen daardoor een grote stempel op de uitkomst drukken. De gespreksleider heeft minder controle over het verloop van het groepsgesprek (Verhoef et al., 2016).

Naast de focusgroep werden ook semigestructureerde, face-to-face interviews afgenomen. Met behulp van semigestructureerde interviews zijn diepgaande gegevens verzameld (Bakker & Van Buuren, 2014). Bij een semigestructureerd interview was een goede introductie, een goede openingsvraag en topiclijst nodig (Verhoef et al., 2016). De topics werden op basis van de uitkomsten van de focusgroep opgesteld. Per topic werden globaal vragen samengesteld (Verhoef et al., 2016). De vragen voor de focusgroep en semigestructureerde interviews werden vooraf vastgelegd om zo de betrouwbaarheid te vergroten, zie Bijlage H, (Bakker & Van Buuren, 2014). Tijdens het afnemen van de interviews werd goed doorgevraagd naar achterliggende motivaties, gedachten en ideeën. Hierdoor werd gedetailleerde informatie verkregen (Verhoef et al., 2016).

Na iedere twee interviews werden alle data getranscribeerd en gecodeerd door de onderzoeker. De uitkomsten hiervan werden besproken met de peergroep om zo de betrouwbaarheid te vergroten. De uitkomsten van het coderen na twee interviews leverde een nieuwe topic. Dit werd meegenomen naar het volgende interview. Interviewen had ook nadelen: er konden geen algemene conclusies worden getrokken, de deelnemer kon sociaal wenselijke antwoorden geven en de interviewer kon onbewust de deelnemer beïnvloeden. Het opnieuw formuleren en samenvatten was een handig hulpmiddel zijn om deze nadelen zoveel mogelijk te beperken (Verhoef et al., 2016; De Jong et al., 2016).

2.4 Gegevensverwerking en analyse

De gegevens van de focusgroep als van de individuele interviews werden opgenomen via audio. Vervolgens werden de data geanalyseerd en beoordeeld. Met behulp van een topiclijst die voor de dataverzameling werd vastgelegd zijn de gegevens geordend (Verhoef et al., 2016). Het cyclisch proces bestond uit, uitschrijven, lezen, coderen, ordenen en interpreteren en toetsen (Bakker & Van Buuren, 2014).

- Uitschrijven: het audio interview werd zo snel mogelijk na het gesprek letterlijk uitgetypt.
- Lezen: de tekst werd gelezen, belangrijke woorden en aanwijzingen werden gemarkeerd om zo verschillende onderzoeksgegevens te ordenen.
- Coderen: gedetailleerde analyse werd gedaan door de tekst te coderen met als doel de data te organiseren. Zoektocht naar nieuwe betekenissen en verbanden.
- Ordenen: welke losse codes groeperen, axiaal coderen.
- Interpreteren en toetsen: uitgewerkte structuur werd geïnterpreteerd en getoetst om te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag. De resultaten van het onderzoek werden afgezet tegen de oorspronkelijke probleemstelling, de onderzoeksvraag en de relevante literatuur.

2.5 Dataverzameling en analyse focusgroep

Tijdens het eerste deel van het praktijkgericht onderzoek, de focusgroep, waren zes oncologieverpleegkundigen, in de leeftijd van negenendertig tot zesenvijftig jaar, bereid om deel te nemen aan de focusgroep. De oncologieverpleegkundigen zijn via de mail en app benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens is de officiële uitnodiging met informatie over het onderzoek en de locatie via de mail gestuurd naar de deelnemende oncologieverpleegkundigen. Aan alle oncologieverpleegkundigen werd vooraf toestemming gevraagd door middel van het informed consent.

Voorafgaand aan de focusgroep is een gesprekshandleiding gemaakt met thema's en daarbij horende vragen, zie Bijlage E. De thema's hebben betrekking op ervaringen, kennis, vaardigheden en opleiding. De thema's zijn opgesteld aan de hand van de literatuurstudie. De gesprekshandleiding werd gebruikt om de verschillende fasen (opening, inleiding, kern, samenvatting en afsluiting) te structureren (Baarda et al., 2013). Tijdens de focusgroep was een observator van het leerhuis ETZ aanwezig. De observator heeft non verbaal gedrag en belangrijke uitspraken genotuleerd. De observator nam niet deel aan het gesprek en zat buiten de kring. Voorafgaand aan de focusgroep is een afspraak geweest met de observator om de focusgroep voor te bereiden. Tijdens de afspraak is de gesprekshandleiding met de daarbij horende vragen doorgenomen.

De focusgroep vond plaats in de huiskamer op afdeling Oncologie in het TweeSteden ziekenhuis. Voor aanvang zijn de oncologieverpleegkundigen verwelkomd met een drankje en een hapje. Hierdoor werd een ontspannen sfeer te gecreëerd (Migchelbrink, 2009). Tijdens de focusgroep werden ervaringen, inzichten en kennis van de oncologieverpleegkundigen bij het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten verzameld.

Het gesprek van de focusgroep werd opgenomen via de laptop om het vervolgens daarna terug te luisteren voor de data-analyse. Het interview is volledig getranscribeerd, zie Bijlage F. Het transcript werd doorgelezen. Vervolgens zijn in een codeboom de belangrijkste uitspraken weergegeven. Daarna werden open coderingen eraan gekoppeld, zie Bijlage G. Interpretatie van de onderzoeker werd tegengegaan door in-vivo codes te gebruiken, deze codes zijn de letterlijke woorden uit het antwoord van de participant (Baarda et al., 2013). Vervolgens werden de open coderingen omgezet naar topics. De gegevens zijn anoniem verwerkt. Tenslotte werd een samenvatting gestuurd naar alle participanten om een membercheck uit te voeren. Zo werd nagegaan of de samenvatting overeen kwam met wat de participant heeft gezegd. Dit om de interne validiteit te vergroten (Verhoef et al., 2016).

2.6 Data-analyse en verzameling semigestructureerde interviews

Het tweede deel van het praktijkonderzoek bestond uit semigestructureerde interviews. In totaal zijn 5 interviews afgenomen.

De verpleegkundigen zijn via de app benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens is een officiële uitnodiging via de mail gestuurd met informatie over het onderzoek en het informed consent formulier. Voor aanvang van het interview werd nog een keer uitgelegd wat het doel van interview was en dat de gegevens anoniem werden verwerkt. Er is rekening gehouden met het dienstrooster van de participant zodat de participant niet speciaal voor het interview terug hoeft te

komen. De interviews vonden plaats in een aparte kamer op afdeling Oncologie en werden opgenomen via een laptop.

De resultaten van de focusgroep werden verwerkt in een topiclijst. De topiclijst, bestaande uit communicatie, kennis, normen en waarden, privacy en vertrouwensband was de basis voor de vragen die tijdens de semigestructureerde interviews zijn gesteld (Verhoef et al., 2016). Zie Bijlage H. Tijdens het interview werd goed doorgevraagd naar achterliggende motivaties en gedachten. Daardoor kwam gedetailleerde informatie beschikbaar en werd diepgang aangebracht aan de topics (Baarda et al., 2013; Verhoef et al., 2016).

De data-analyse werd uitgevoerd na twee interviews door middel van een cyclisch proces. De interviews werden volledig getranscribeerd en vervolgens doorgelezen, Bijlage I. Fragmenten werden geselecteerd en open gecodeerd, volgens de vivo codering. Vervolgens werd er axiaal gecodeerd. Bij axiaal coderen werd er gekeken welke codes relevant waren en werd gekeken of verschillende labels samengevoegd konden worden onder één code. Tenslotte is selectief gecodeerd. Elke participant kreeg een samenvatting van het interview, membercheck. Zie bijlage I.

Hierna werd geïnterpreteerd en getoetst of de topics voor de overige interviews aangepast moesten worden. De overige drie interviews werden afgenomen met een aanpassing in de topiclijst. De analyse van de drie interviews verliep volgens hetzelfde cyclisch proces zoals bij interview één en twee. Na het afnemen van het vijfde interview werd een datasaturatie bereikt, er kwam geen nieuwe informatie meer naar voren (Verhoef et al., 2016).

Alle geanalyseerde codes met bijbehorende fragmenten werden ondergebracht in een codeboom, Bijlage J.

2.7 Kwaliteitseisen kwalitatief praktijkgericht onderzoek

Om de kwaliteit van dit praktijkgericht onderzoek te waarborgen werd gebruik gemaakt van datatriangulatie. Dit betekent dat data uit verschillende bronnen werd verkregen (Baarda et al., 2013). Deze bronnen waren de focusgroep en de semi-gestructureerde interviews.

Er heeft een vergelijking plaatsgevonden met de gegevens uit de literatuurstudie, de data uit de focusgroep en de individuele interviews (Verhoef et al., 2016). Tevens werd gebruik gemaakt van onderzoekstriangulatie. De peergroep werd regelmatig om feedback gevraagd op het toegestuurd materiaal. Om de geloofwaardigheid te waarborgen werd gebruik gemaakt van dataverzameling die werd gestopt omdat saturatie was bereikt (De Jong et al., 2016). Er vond een membercheck plaats, waarbij de respondent de samenvatting las van het interview en beoordeelde op adequate verslaglegging van het interview. De onderzoeker en de observator hebben de belangrijkste

inhoudelijke resultaten besproken en gereflecteerd op het procesmatige verloop van de focusgroep (Migchelbrink, 2009). De gesprekshandleiding en de daar bijhorende vragen zijn door de leden van de peergroep, begeleidend docent en de opdrachtgever van dit onderzoek beoordeeld op toepasbaarheid op de onderzoeksvraag. De validiteit werd hierdoor gewaarborgd (Verhoef et al., 2016). De data die uit de focusgroep en uit de interviews kwamen met de daarbij horende coderingen werden voorgelegd aan de peergroep. Het onderzoek moest toepasbaar zijn, de theorie moet herkenbaar en hanteerbaar zijn in de praktijk. Door middel van persoonlijke communicatie werden in dit praktijkgericht onderzoek de lijnen kort gehouden. De topics en resultaten uit de focusgroep en interviews werden voorgelegd aan de peergroep, begeleidend docent en opdrachtgever met als doel overeenstemming te bereiken (Verhoed et al., 2016). Verder was in dit praktijkgericht onderzoek sprake van neutraliteit door openheid, en verscheidene vormen van triangulatie (De Jong et al., 2016).

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die door middel van kwalitatief onderzoek zijn verkregen. Het eerste deel bestond uit een focusgroep en het tweede deel bestond uit semigestructureerde interviews.

3.1 Resultaten focusgroep

Op vrijdag twaalf oktober heeft de focusgroep plaats gevonden in de huiskamer op afdeling Oncologie ETZ locatie TweeSteden. Bij de focusgroep waren de onderzoeker als gespreksleider, een observator van het leerhuis en zes vooraf geselecteerde participanten aanwezig. De demografische gegevens van de participanten zijn weergegeven in Tabel 2.1.

Tabel 2.1: Demografische gegevens participanten focusgroep.

Participant	Geslacht	Leeftijd	Werkervaring	Oncologieopleiding
#1	Vrouw	50 jaar	32 jaar	1992
#2	Vrouw	39 jaar	17 jaar	2014
#3	Vrouw	42 jaar	16 jaar	2004
#4	Vrouw	52 jaar	6 jaar	2018
#5	Vrouw	56 jaar	16 jaar	2009
#6	Vrouw	53 jaar	29 jaar	1996

Door middel van de gesprekshandleiding en de vragen volgens de thema's, "ervaringen, kennis, vaardigheden en opleiding", was de indeling van de focusgroep bepaald. Het gesprek heeft in totaal 50 minuten geduurd. Tijdens de focusgroep is een aantal vragen niet aanbod gekomen vanwege de tijd. In de volgende paragrafen wordt een overzicht van de citaten per thema beschreven. Bij het citaat staat een # met een cijfer. Hiermee wordt aangegeven welke participant welke uitspraak heeft gedaan. Het transcript van de focusgroep is toegevoegd als bijlage. Zie Bijlage F.

3.2 Ervaringen

Om het onderwerp van de focusgroep te introduceren is de openingsvraag, "Wat is jullie ervaring ten aanzien van het bespreken van seksualiteit?" gesteld. Wat opviel is dat alle participanten wegkeken van de onderzoeker nadat de vraag was gesteld. Alle participanten gaven aan dat, nu er geen intakegesprekken meer worden gedaan op het Oncologisch Dagcentrum, het minder snel aan bod komt. De aanleiding om het te bespreken is weg. Sinds april 2018 worden de intakegesprekken gepland op het multidisciplinair oncologisch centrum. Zes oncologieverpleegkundigen werken zowel op het oncologisch dagcentrum als op het multidisciplinair oncologisch dagcentrum.

“Ik merk nu wij geen intakegesprekken meer hebben dat het minder snel aan bod komt.”#5

“In zo’n intakegesprek heb je een aanleiding want hij krijgt chemo en dan benoem je dat en dan heb je voor jezelf een ingang.”#2

Vervolgens werd er ingegaan op de drempels waren bij het bespreken van seksualiteit. Daarover werden verschillende uitspraken gedaan. Privacy werd door iedereen benoemd als belemmering, het bespreken op een vierpersoonskamer, het gezelschap waarmee de patiënt is, de verstoringen die er op de kamer zijn, dragen niet bij aan een goede omgeving om seksualiteit te bespreken.

“Ik vind echt het gebrek aan privacy op een meerpersoonskamer.”#6

“Het feit dat wij constant heen en weer lopen, dat er pompen gaan, dat de telefoon gaat, collega aan je te trekken dat het voor de patiënt dan ook moeilijk is om daar open over te praten.”#2

Een andere drempel die werd ervaren door participant één, drie en vijf, is de band die gemist wordt met de patiënt om seksualiteit te bespreken.

“Nou je die intakegesprekken niet meer hebt heb je ook niet meer die band opgebouwd.”#1

“Als ik een patiënt bijna nog nooit heb gezien dan vind ik echt toch wel een hele drempel om daar naar te vragen.”#3

Participant vier reageert daarop dat het vanuit de professionaliteit wel zou moeten doen. Dit wordt ook beaamt door participant 3.

“Vanuit professioneel oogpunt zou je het gewoon moeten kunnen vragen.”#3

Vanuit het bovenstaande citaat werd de vraag gesteld of de normen en waarden van de oncologieverpleegkundigen van invloed konden zijn op het bespreken van seksualiteit. Hierin werd ook ingegaan op hoe de opvoeding thuis is geweest en wat je vanuit thuis hebt meegekregen.

“Ik denk ook misschien dat het ook wel een stukje te maken heeft hoe dat er bij jou thuis aan toe is gegaan en hoe je daar zelf in staat.”#3

Dit werd door de alle overige participanten bevestigd.

“Wat je van thuis uit hebt meegekregen, bij mij thuis werd nooit over seks gesproken of wat dan ook of voorlichting in die zin en ik merk dat ik dat zelf ook heb.”#2

3.3 Kennis en opleiding.

Het belang van het onderwerp seksualiteit werd door alle oncologieverpleegkundigen gezien.

Participant vier gaf aan dat de oncologieverpleegkundigen vanuit de patiënten moeten denken.

“Ik denk meer een mindset bij de verpleegkundigen, het belang van het onderwerp wat voor belang heeft het bij de patiënt om dit te bespreken.”#4

Daarop reageerden twee participanten, dat het informatiemateriaal op de afdeling meer aanwezig mag zijn. Dit kan ook een ingang zijn naar de patiënt toe, er kan over gepraat worden.

“Meer informatiemateriaal voor de patiënt, want dat opent voor de patiënt ook meer bespreekbaar maken.”#2

Er werd door een participant aangegeven dat het voor de patiënt ook een moeilijk gespreksonderwerp kan zijn. Vanuit de patiënt kan ook een drempel ontstaan. De oncologieverpleegkundige heeft hierin een belangrijke rol, door te laten zien dat ze kennis heeft en het besproken kan worden aldus participant zes.

“Ik denk dat patiënten een drempel over moeten voordat ze dat bij je neerleggen.”#6

“In die zin kun je ook voor wat meer openheid zorgen als je er gewoon zelf al meer iets over laat weten”. #6

Eén participant gaf aan dat haar kennis niet zo groot was en voor haar niet duidelijk was welke wegen er bewandeld moeten worden voor doorverwijzing. Hierop werd gereageerd door een participant dat er je ook niet overal kennis van hoeft te hebben maar dat het duidelijk is naar wie je doorverwijst. Waarop vervolgens werd ingehaakt op de specialistische vervolgopleiding oncologie. Participant twee en participant vier gaven aan dat het uitgebreid aanbod komt in de specialistische vervolgopleiding oncologie.

Daarnaast gaf participant vier aan dat er een aantal jaar geleden een scholing is geweest over seksualiteit door een seksuoloog.

“We hebben allemaal les gehad van een seksuoloog, heeft niet gemaakt dat we makkelijker met het onderwerp omgaan.”#4

Er werd nogmaals door participant één en participant vier herhaald dat seksualiteit een belangrijk onderwerp is om te bespreken.

“Dit onderwerp is noodzakelijk om hier iets aan te doen, maar waar we nog niet helemaal happy bij voelen.”#4

3.4 Vaardigheden

Uit de focusgroep gaven de participanten aan dat het moeilijk is om er nu over te beginnen nu er geen intakegesprekken meer zijn. De aanleiding is weg volgens de participanten. Hoe maak je nu de overstap naar het onderwerp zonder dat de overgang zo groot is was een veel gemaakte opmerking door de participanten.

“Ik zou inderdaad niet zo spontaan gaan bespreken.”#5

“Zelf over beginnen vind ik altijd een lastige.”#4

“Ik moet eigenlijk gewoon weten welke openingszin kan ik gebruiken, dat zou fijn zijn.”#2

Tijdens dit onderwerp “vaardigheden” wordt terug gegrepen naar de privacy en ruimte op de afdeling. Drie participanten gaven aan dat dit echt een belemmering is om het te bespreken. Een participant gaf aan dat een kamertje alleen er niet voor zorgt dat ze makkelijk over praat. Daarbij werd ook aangegeven door participant twee en vijf dat het ook afhankelijk is welke leeftijd de patiënt heeft en wat voor soort patiënt het is. Vooral bij jongeren is het moeilijk om het te bespreken gaf participant vijf aan.

“Het wordt niet open besproken op de een of andere manier en dan vooral bij jongeren.”#5

“Wat voor soort patiënt heb je tegenover je.”#2

3.5 Resultaten semigestructureerde interviews

Tijdens dit praktijkonderzoek zijn na de focusgroep, vijf oncologieverpleegkundigen geïnterviewd. Deze semigestructureerde interviews zijn gevoerd aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst is vanuit de focusgroep opgesteld. De resultaten worden via topics weergegeven. Tabel 2.4 laat de demografische gegevens zien van de participanten.

Tabel 2.4: Demografische gegevens participanten van de semigestructureerde interviews.

Participant	Geslacht	Leeftijd	Werkervaring	Oncologieopleiding	Duur interview
#7	Vrouw	35 jaar	6 jaar	2016	00:14:13
#8	Vrouw	26 jaar	4 jaar	2017	00:17:59
#9	Vrouw	34 jaar	14 jaar	2010	00:24:06
#10	Vrouw	53 jaar	31 jaar	1990	00:23:04
#11	Vrouw	56 jaar	31 jaar	2011	00:26:64

3.6 Communicatie

Aanleiding

Op de vraag “wat is je ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten” antwoorden alle vijf de participanten dat nu er geen intakegesprekken meer gepland worden op het Oncologisch Dagcentrum, het bespreken van seksualiteit niet standaard meer aan bod komt.

“mijn ervaring is dat het niet standaard ter sprake komt, bij mij in ieder geval, ik heb tijdens het bespreken van het intakegesprek een goede invalshoek heb omdat je het dan moet bespreken dan komt het met de bijwerkingen ter sprake. Dan vind ik het makkelijker om het dan bespreekbaar te maken.” #10

“de laatste tijd weinig omdat je geen intakegesprekken meer doet.” #11

Alle participanten gaven aan dat het bespreken van seksualiteit voorheen een vast onderdeel was van het intakegesprek. Ieder op zijn eigen manier, participant acht gaf aan het kort en krachtig te bespreken, participant negen besprak het in combinatie met cave excreta.

“natuurlijk met de intakegesprekken besprak je het altijd.” #8

Op de vraag of er ook nog een vervolg aan wordt gegeven, dus tijdens het heropnamegesprek, gaven twee participanten aan er, na het intakegesprek, niet meer op terug te komen. Alleen als de patiënt het zelf aangeeft, aldus twee participanten. Eén participant gaf aan dat er niet op wordt geattendeerd. Daardoor wordt het niet besproken.

“we vragen het eigenlijk niet meer na, na een intakegesprek.” #7

“ik eigenlijk daarna ook niet meer met de patiënten erop terug kom.” #8

Gesprekstechniek

Tijdens het interview werd nagegaan of de participant nog iets nodig had op het vlak van gesprekstechniek. Drie participanten gaven aan dat ze graag zouden willen weten hoe je erover kan beginnen zodat de overgang wat soepeler verloopt.

“hoe ik het voor mezelf makkelijker zou kunnen maken om erover te beginnen.” #8

“dat ik een zin, een openingszin wil hebben, hoe je dat kan doen.” #10

Een participant gaf aan dat ze het met een beetje humor besprak. Op de vraag of de leeftijd nog invloed had op het bespreken van seksualiteit gaf één participant aan dat de insteek bij een jonger iemand anders is. Een andere participant gaf aan dat het juist bij de oudere patiënt lastig is om het te bespreken.

“bij jonge mensen logisch om aan te snijden, maar ik vond het altijd wel lastig om, dan heb je een vijfenzeventig jarige vrouw voor je om dat dan aan te snijden” #8

Verantwoordelijkheid

Twee participanten gaven aan dat het bespreken van seksualiteit de verantwoordelijkheid is van de oncologieverpleegkundige. De oncologieverpleegkundigen is degene die voorlichting geeft aldus participant zeven en negen. Een participant vindt het in eerste instantie de taak van de oncoloog om seksualiteit te bespreken. Twee participanten geven aan dat zowel de oncologieverpleegkundige als de patiënt verantwoordelijk zijn om het te bespreken.

“nou deels wel van ons, omdat mensen dan weten dat ze bij ons terecht kunnen met vragen of als ze problemen hebben, deels ligt de verantwoordelijkheid natuurlijk ook bij de patiënt vind ik, als je klachten hebt om daarmee te komen.” #8

Alle participanten gaven wel aan dat de patiënt altijd terecht kan bij vragen en of problemen dat valt onder de verantwoordelijkheid van de oncologieverpleegkundigen.

3.7 Kennis

Kennis van het onderwerp

Alle participanten zien het belang in van het bespreken van seksualiteit.

“steeds meer jongeren mensen hier op de afdeling, dus ik vind dat het zeker wel besproken moet worden.” #7

“natuurlijk is het belangrijk! Voor mensen ook een fijn gevoel en ook zeker voor de partner.” #10

Op de vraag; “Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt over seksualiteit?” Gaven vier respondenten aan dat de kennis rondom seksualiteit niet up to date is. Zeven jaar geleden is een klinische les geweest van een seksuoloog, Daarna is het onderwerp niet meer aan bod gekomen tijdens een scholing of iets dergelijks. Tijd om op iets op te zoeken is er ook zelden volgens participant elf.

“maar ik denk wel dat ik daar te weinig kennis over heb.” #8

“sowieso kennis, want als mensen doorvragen over hoe of wat ze dan zouden moeten doen dan zou ik ook wel meer moeten weten.” #10

Inhoud gesprek

De punten die worden besproken omtrent seksualiteit zijn bij alle participanten verschillend. Er is geen checklist van welke punten over seksualiteit besproken dienen te worden. Participant zeven gaf ook aan dat het niet op de kuurspecifieke patiënteninformatie staat. Daardoor wordt het snel overgeslagen.

“over condoom gebruik en dat ze wel mogen zoenen bijvoorbeeld dat maar niet echt heel diep, uitgebreid.” #7

“ik denk wel dat ik dat minimaal deed, gewoon zeggen wat moet.” #8

Een participant gaf tijdens het bespreken van seksualiteit aan dat de behoeften heel verschillend kan zijn van degene die ziek is en van degene die niet ziek is. Maar dat het van belang is dat je hier met elkaar over praat.

Doorverwijzing

Drie participanten geven aan dat ze bij vragen en of problemen bij seksualiteit de patiënt doorverwijzen. Participant negen geeft wel aan dat ze de weg voor doorverwijzing moeilijk vindt.

“ik denk dat wij de mensen kunnen inschakelen als er problemen zijn.” #9

“ik heb ook wel vaker dat er altijd mogelijkheden waren om bijvoorbeeld bij een psycholoog of zo als er problemen waren tijdens de kuur dat er ook mogelijkheden waren binnen het ziekenhuis.” #10

3.8 Normen en waarden

Beleving

Op de vraag of de normen en waarden van de participant van invloed zijn op het bespreken van seksualiteit gaven allen aan dat dit zeker meespeelt. Daarnaast gaven alle participanten aan dat er een taboe rust op het onderwerp seksualiteit. Het is ook wel een heel privé en intiem onderwerp om het daarover te hebben volgens alle participanten.

“toch wel moeilijk is om over te praten, zo intiem.” #8

“ik vind het altijd lastig om te bespreken, want het is echt privé.” #11

Bij alle participanten roept het bespreken van seksualiteit een gevoel op. Een participant geeft aan altijd een rood hoofd te krijgen.

“verlegenheid.” #7

“schaamte niet, ongemakkelijk.” #10

Participant negen haakt hierop in en geeft aan dat oncologieverpleegkundigen soms invullen voor de patiënt. “Hun hoofd staat er nu niet naar op dit moment”. Dat wordt, te makkelijk gedacht.

Participant acht geeft aan dat ze het moeilijk vindt om in te schatten op welke leeftijd mensen nog seksueel actief zijn. Participant elf denkt dat de patiënt hier ook niet altijd behoefte aan heeft.

“ik heb dat gewoon bij oudere mensen dat ik me afvraag of ze het nog doen.” #8

“ik denk het wel want het is toch bijna bij iedereen een deel van je leven. Het kan ook heel ver van je bed afstaan voor degene die chemo krijgt.” #11

Houding professional

Tijdens de semigestructureerde interviews werd ook ingegaan op de houding van de oncologieverpleegkundige ten opzichte van het bespreken van seksualiteit. Daarbij werd door allen aangegeven dat het bespreken van seksualiteit een taak is van de oncologieverpleegkundigen. Juist omdat je het aankaart laat je zien aan de patiënt dat hierover gesproken kan worden. Enkele citaten waaruit blijkt dat hoe participanten hierover denken.

“toch moet je het vragen maar dat is dan die professionaliteit denk ik waar je het dan op moet gooien en je eigen waarden en normen aan de kant moet zetten.” #7

“maar zolang wij er geen issue van maken is het voor de patiënt ook makkelijker om te bespreken.” #9

“dat je als verpleegkundige erover begint maakt het makkelijk voor de patiënt.” #10

Participant tien en elf gaven aan dat de ervaring en mensenkennis ook invloed heeft bij het bespreken.

“toen ik net begon, pff had ik meteen een rood hoofd dat is nu natuurlijk niet meer. Maar ja toen was ik drieëntwintig, vierentwintig jaar dan zit je tegenover een oudere mensen en toen dacht ik moet ik nou gaan vertellen hoe en wat. Dat is natuurlijk niet meer, nu ik erover begin krijg ik geen rood hoofd meer.” #10

“ja een stuk levenservaring en een stuk ervaring en een stuk mensenkennis die je op je twintigste nog niet hebt.” #11

Houding patiënt

De houding van de patiënt heeft invloed op het bespreken van seksualiteit. Vier participanten gaven aan dat het voor de patiënt ook niet makkelijk is om erover te beginnen. De patiënt voelt zich dan opgelaten.

“ik heb soms ook het gevoel dat de patiënt zich ook wel opgelaten voelt als ik erover begin.” #8

“voor de patiënt ook niet makkelijk om over te beginnen.” #10

3.9 Voorwaarden

Privacy

Op de vraag of er voorwaarden nodig zijn om seksualiteit te bespreken waren alle participanten duidelijk, er is een gebrek aan privacy op de afdeling. Een vierpersoonskamer is niet een ideale omgeving om seksualiteit te bespreken. Bij de eerste patiënt zou dit nog kunnen, maar bij de andere drie patiënten is er geen privacy meer op de kamer. Daarnaast werd aangegeven dat de verstoringen zoals het alarm van de infuuspomp, de telefoon en collega's die iets willen vragen ook een beperking is.

“je hebt sowieso ruimte en rust nodig om het goed te kunnen bespreken.” #9

“vierpersoonskamer en mensen nogal het gevoel hebben van o die zit mee te luisteren.” #10

Participant acht en tien geven aan dat een kamer apart intiemer zou zijn om het te bespreken.

Randvoorwaarden

Naast privacy gaven drie participanten aan dat ze behoefte hebben aan kennis en tijd om dingen op te kunnen zoeken.

“is de voorwaarden wel, is dat je achtergrondkennis hebt.” #9

“meer kennis, ook wel iets meer de vrijheid om het te bespreken.” #11

3.10 Vertrouwensband

Tenslotte werd tijdens de semigestructureerde interviews ingegaan op de band met de patiënt. Allen participanten gaven aan dat tijdens een intakegesprek de klik sneller ontstaat tussen de oncologieverpleegkundige en de patiënt. Hierdoor is het bespreken van seksualiteit makkelijker.

“ik denk wel dat het voor mij makkelijker is als ik de patiënt goed ken. Dan ga je er misschien toch dieper op in.” #8

“ik vond altijd met de patiënt waarmee je intake hebt gehad, je toch een andere klik had.” #11

Twee participanten gaven aan dat je ook zonder een intake gesprek snel een band op kan bouwen. Dit heeft ook te maken met de houding van de oncologieverpleegkundige. Als de patiënt zich op zijn gemak voelt dan durft de patiënt zich ook makkelijker te uiten.

“natuurlijk moeten zij zich op hun gemak voelen om dingen te kunnen zeggen, maar een vertrouwensband kan je ook heel snel opbouwen.” #9

“een paarmal gezien hebben vertrouwen in je hebben zodat ze denken dat kan ik wel kwijt.” #10

Hoofdstuk 4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar het onderzoek. Er wordt gekeken naar de overeenkomsten tussen de literatuur en praktijk, de methode van gegevensverzameling, de resultaten en de waarde van het onderzoek. Hierbij wordt gekeken naar sterke en zwakke punten van dit onderzoek.

4.1 Reflectie literatuur met praktijkgericht onderzoek.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag: “Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis, locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?” is kwalitatief onderzoek verricht.

Uit onderzoek van Olsson et al. (2012) komt naar voren dat patiënten willen dat de oncologieverpleegkundigen het onderwerp seksualiteit bespreken. Patiënten willen dat professionals op passende wijze het initiatief nemen en seksualiteit bespreken. Zowel in de richtlijn ‘Veranderend seksueel functioneren (2006)’ als in de literatuur staat dat de oncologieverpleegkundigen een belangrijke rol heeft in het herkennen en bespreken van kanker gerelateerde problematiek, dus ook de seksuele problematiek (Oncoline, 2006; Boone, 2009). Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat alle participanten het bespreken van seksualiteit een taak vinden van de oncologieverpleegkundigen. Eén participant geeft aan dat ook de oncoloog dit moet bespreken. De oncologen zijn niet meegenomen in het onderzoek. Het is dan ook onduidelijk of oncologen seksualiteit bespreken. Echter uit het praktijkonderzoek komt ook naar voren dat seksualiteit kort wordt aangestipt tijdens het intakegesprek. Maar daarna wordt seksualiteit niet meer besproken tijdens de heropname van de patiënt. Tenzij de patiënt er zelf over begint.

Uit wetenschappelijk onderzoek groeit het bewijs dat veel patiënten niet of nauwelijks met zorgverleners over seksualiteit praten of informatie over seksualiteit krijgen (Barsky Reese et al., 2016; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012). Dit wordt deels tegengesproken door de praktijk. Tijdens het intakegesprek wordt seksualiteit altijd besproken. Echter hoe en welke onderwerpen de oncologieverpleegkundige bespreekt, zijn niet vastgelegd. Vaak zijn het de behandelingsgerelateerde seksuele bijwerkingen die besproken worden tijdens het intakegesprek. Dit wordt ook bevestigd uit de literatuur (Olsson et al., 2012; Krouwel et al., 2015; Barsky Reese et al., 2016; Oskay et al., 2014; Kotronoulas et al., 2009).

Uit de literatuur komt naar voren dat oncologieverpleegkundigen seksualiteit niet bespreken. Als voornaamste redenen worden genoemd: gebrek aan privacy, zware werklust, gebrek aan tijd en ongemak. Ook worden persoonlijke normen en waarden en een tekort aan kennis en vaardigheden door hen genoemd (Kotronoulas et al., 2009; Chun Zeng et al., 2012; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012; Barsky Reese et al., 2016; Moore, Higgins, & Sharek, 2013; Oskay et al., 2014). Dit wordt in de praktijk bevestigd. Alle participanten van dit onderzoek ervaren gebrek aan privacy vanwege de vierpersoonskamer. Dit is een grote belemmering om seksualiteit te bespreken met de patiënt. Oncologieverpleegkundigen missen ook de aanleiding om bij een heropnamegesprek seksualiteit te bespreken. Daarnaast vinden de oncologieverpleegkundigen het moeilijk om het onderwerp ter sprake te brengen.

Het moment van bespreken van seksualiteit is een punt waar veel onduidelijkheid over is. De richtlijn “Veranderd seksueel functioneren (2006)” geeft aan dat het tijdens de anamnese aan bod komt, maar geeft hier verder geen vervolg aan. Corteel (2008) geeft aan dat de oncologieverpleegkundigen vlak nadat de diagnose is gesteld en de behandeling is gepland een open dialoog over seksualiteit moeten aangaan. Deze dialoog dient gedurende het gehele behandeltraject en geruime tijd daarna voortgezet te worden. Uit het onderzoek van Barsky Reese et al. (2016) komt naar voren dat veel patiënten voorafgaand aan de behandeling nog geen behoefte hebben aan een uitgebreid gesprek over de impact op zijn of haar seksualiteit. Maar door in deze fase het onderwerp op open wijze te bespreken wordt de toon gezet voor latere fasen. Daarnaast komt uit het praktijkonderzoek naar voren dat een aantal oncologieverpleegkundigen niet weten naar wie ze kunnen doorverwijzen. Gedurende de behandeling moeten oncologieverpleegkundigen aandacht besteden aan de impact op het seksuele functioneren van patiënten (De Vocht et al., 2010). In de praktijk blijkt dat het enkel wordt besproken tijdens het intakegesprek en daarna niet meer. Tenzij de patiënt zelf erover begint. Het vermoeden bestaat dat de participanten niet beseffen dat twee op de drie kankerpatiënten problemen ervaren met seksualiteit (NFK, 2017).

De onderzoeker heeft nog aanvullend literatuur gevonden die mogelijk relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. NFK (2017) heeft op zes december 2018 een onderzoek “Samen beslissen” gepubliceerd. Hierin wordt ingegaan op het feit dat veel kankerpatiënten in ongewisse zijn over de gevolgen van de behandeling. Dit had meegenomen kunnen worden in de literatuur.

4.2 Reflectie onderzoeksmethodologie

Voor dit praktijkgericht onderzoek is gekozen voor twee methoden van dataverzameling. Namelijk door een focusgroep en semigestructureerde diepte-interviews. Deze vorm van datatriangulatie vergroot de geloofwaardigheid van het onderzoek (De Jong et al., 2016).

De onderzoekspopulatie heeft op basis van in- en exclusiecriteria plaatsgevonden. Er is gebruik gemaakt van een selectieve steekproeftrekking. Hierdoor is bias ontstaan omdat niet iedereen heeft kunnen deelnemen. Voor aanvang hebben alle participanten een informed consent ondertekend. Tijdens het onderzoek is geen sprake geweest van non-respons. Daarom is op dit gebied geen vertekening van het onderzoek is geweest. Wel is sprake van interview bias. De onderzoeker was zelf gespreksleider bij de focusgroep en heeft de interviews afgenomen. De onderzoeker kent de participanten waardoor mogelijk onbewust sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven.

4.3 Reflectie dataverzameling focusgroep

De focusgroep was in de huiskamer op afdeling Oncologie. De ruimte was gereserveerd zodat niet gestoord kon worden. De groep bestond uit zes oncologieverpleegkundigen. Er was voldoende variatie onder de deelnemers. Hierdoor konden verschillende meningen naar voren komen (Verhoef et al., 2016). De onderzoeker was niet ervaren in het leiden van een focusgroep. Mogelijk is hierdoor informatie gemist. Het gesprek gebeurde in een rustige ruimte. Bij het transcriberen werd duidelijk dat er soms niet genoeg is doorgevraagd. Misschien is eventuele verdieping hierdoor gemist. Maar de onderzoeker is bekend met de participanten en de organisatie. Daarom is de onderzoeker goed in staat zich te verplaatsen in de leefwereld van de oncologieverpleegkundigen (De Jong et al., 2016). Tijdens de focusgroep was een observator van het leerhuis ETZ aanwezig. Non- verbale reacties en belangrijke opmerkingen zijn daarom genoteerd. Vooraf is de gesprekhandleiding gemaakt zodat alle thema's aan bod zouden komen. Door tijdgebrek zijn niet alle vragen gesteld, hierdoor is mogelijk belangrijke informatie gemist. Bij de analyse is gebruik gemaakt van peerdebriefing. Alle leden van de peergroep hebben de interpretaties van de data gecontroleerd die door de onderzoeker zijn opgesteld (Verhoef et al., 2016). Om de geloofwaardigheid van de analyse te waarborgen is een samenvatting van de data analyse gemaakt en voorgelegd aan de participanten voor een membercheck.

Door peer debriefing en membercheck is de betrouwbaarheid van de verzamelde data gewaarborgd (Verhoef et al., 2016).

4.4 Reflectie dataverzameling semigestructureerde interviews

Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De interviews zijn afgenomen in een aparte ruimte op afdeling Oncologie. Door middel van een topiclijst, die afgeleid is van de

literatuurstudie en de resultaten uit de focusgroep, zijn vragen geformuleerd. De topiclijst is vooraf voorgelegd aan de peergroep, opdrachtgever en begeleidend docent om de kwaliteit te beoordelen. Hierdoor is vertekening bij het verzamelen verkleind (Verhoef et al., 2016).

Na analyse van de eerste twee interviews is de topic “privacy” gewijzigd naar topic “voorwaarden”. Oncologieverpleegkundigen hadden meer voorwaarden voor het bespreken van seksualiteit dan alleen “privacy”. De onderzoeker is geen geoefende interviewer. Daardoor is de inhoud van de interviews enigszins verschillend. Het is ook belangrijk om geen suggestieve vragen te stellen en geregeld samen te vatten (De Jong et al., 2016). Bij het transcriberen van de eerste twee interviews kwam naar voren dat de onderzoeker meerdere keren de participant een bepaalde richting op stuurde. Hierdoor zijn enkele antwoorden van de eerste twee participanten niet volledig objectief. Bij de volgende interviews heeft de onderzoeker hier rekening mee gehouden. Dit werd duidelijk uit de andere drie transcripten. De onderzoeker heeft tijdens alle interviews goed samen gevat. Dit is belangrijk om te controleren of de ontvangen informatie duidelijk begrepen was (Verhoef et al., 2016). Bij alle interviews heeft een memberscheck plaatsgevonden. Alle participanten hebben een samenvatting gekregen van het interview, om eventuele fouten ten aanzien van het verwerken van de resultaten te controleren. Geen van de participanten had een aanvulling op de samenvatting. Na het vijfde interview kwam er geen nieuwe informatie meer naar voren en is een volledige datasaturatie bereikt (Verhoef et al., 2016). Er zijn twee interviews gecodeerd door een collega uit de peergroep om zo te komen tot overeenstemming in de resultaten. Alle transcripten en de codeboom zijn beoordeeld door collega’s uit de peergroep. Hierdoor is de kwaliteit van het onderzoek verhoogd (Verhoef et al., 2016).

Gedurende het praktijkgericht onderzoek waren er korte lijnen met de opdrachtgever. Dit om de toepasbaarheid van de theorie en de resultaten van het onderzoek begrijpelijk en hanteerbaar te maken zodat het ook gehanteerd kan worden op het oncologisch dagcentrum.

4.5 Reflectie onderzoeksresultaten

Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat seksualiteit nauwelijks wordt besproken op het oncologisch dagcentrum TweeSteden. Enkel tijdens het intakegesprek komt het kort aan bod, maar verschilt het per oncologieverpleegkundige wat wordt besproken. Meerdere oorzaken liggen hier aan ten grondslag. Als eerste staat seksualiteit niet op de kuurspecifieke patiënteninformatie waardoor het niet standaard wordt besproken tijdens een intakegesprek. Hierdoor vindt zelden een vervolg plaats tijdens het heropnamegesprek. Seksualiteit is voor iedereen van belang, ongeacht man, vrouw en leeftijd (Barsky Reese et al., 2017; Eeltink, 2014; De Vocht, 2012). Tevens is het onderwerp seksualiteit niet opgenomen in het zorgpad Chemotherapie. Daarnaast is het gebrek aan

privacy op het Oncologisch Dagcentrum een grote belemmering om seksualiteit te bespreken met de patiënt. Patiënten liggen op een vierpersoonskamer. Ook vinden de participanten het moeilijk om seksualiteit bespreekbaar te maken. Het niet ter sprake brengen van seksualiteit blijkt deels te komen door gebrek aan communicatieve vaardigheden en tekort aan kennis op het gebied van seksualiteit.

4.6 Waarde van het onderzoek

Dit praktijkgericht onderzoek kan voor het Oncologisch Dagcentrum TweeSteden van grote waarde zijn. Seksualiteit levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Tevens kan het bijdragen aan lichamelijk herstel en herwinnen van zelfvertrouwen (Barsky Reese et al., 2016; Krouwel et al., 2015; Oskay, Gulbeyaz, & Basgols, 2014; Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Chun Zeng, Lui, & Yuen Loke, 2012; Jerelyn et al., 2010; Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009).

Met dit praktijkgericht onderzoek is inzichtelijk geworden hoe oncologieverpleegkundigen het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten ervaren.

Tot slot kunnen aanbevelingen ervoor zorgen dat het bespreken van seksualiteit bij chemotherapiepatiënten geborgd wordt in het behandeltraject van het Oncologisch Dagcentrum TweeSteden.

Hoofdstuk 5 Conclusie

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken naar aanleiding van het praktijkgericht onderzoek. Antwoordt wordt gegeven op de onderzoeksvraag; “Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het oncologisch dagcentrum van het Elisabeth- TweekSteden Ziekenhuis, locatie TweekSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?” Kwalitatief onderzoek is nodig geweest om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Uit de literatuur is gebleken dat patiënten willen dat verpleegkundigen het onderwerp seksualiteit bespreken. Patiënten willen dat professionals op passende wijze het initiatief nemen en seksualiteit bespreken. Uit dit onderzoek is gebleken, dat voorheen toen de intakegesprekken nog op het oncologisch dagcentrum gedaan werden, het onderwerp seksualiteit een onderdeel was van het intakegesprek. Echter daarna wordt er geen vervolg aangegeven tenzij de patiënt er zelf over begint. Naast de gegevens op basis van literatuur werd ook gekeken wat oncologieverpleegkundigen nodig hebben om seksualiteit te bespreken. Het vergroten van kennis over seksualiteit rondom chemotherapie is van invloed, omdat de oncologieverpleegkundigen aangeven daar behoefte aan te hebben. Daarnaast gesprekstechnieken, hoe breng je het onderwerp ter sprake, zodat de overgang naar het onderwerp seksualiteit niet te groot is. Oncologieverpleegkundigen ervaren tijdens het bespreken van seksualiteit een gevoel van ongemak en schaamte. Dit wordt mede veroorzaakt omdat de aanleiding weg is om seksualiteit te bespreken tijdens een heropnamegesprek. Het opstellen van gesprekspunten omtrent seksualiteit maakt het bespreken overzichtelijker voor de oncologieverpleegkundigen. Ook is er behoefte aan privacy, dat zonder verstoringen in een aparte kamer gesproken kan worden tijdens de heropname. Het belang om seksualiteit te bespreken wordt door alle oncologieverpleegkundigen benoemd, echter het vermoeden is dat de participanten zich niet bewust zijn dat twee op de drie kankerpatiënten problemen ervaren met seksualiteit (NFK, 2017). Seksualiteit levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten (Krouwel et al., 2015).

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de resultaten en conclusie aanbevelingen gedaan om handvatten aan te bieden aan de opdrachtgever, om het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie te borgen binnen het behandeltraject op het oncologisch dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden.

Maak het onderwerp seksualiteit bekend op het oncologisch dagcentrum.

Het is belangrijk dat alle oncologieverpleegkundigen bekend zijn met bespreken van seksualiteit rondom chemotherapie. Het is van belang goed onderbouwde informatie te geven en de voordelen van het bespreken van seksualiteit tijdens chemotherapie te presenteren. Zo wordt de motivatie van oncologieverpleegkundigen vergroot om seksualiteit tijdens chemotherapie te bespreken. Het is aan te bevelen de oncologen hier ook in te betrekken.

Vergroot de kennis

Het is aan te bevelen om een seksuoloog van het ETZ uit te nodigen om een klinische les te geven over seksualiteit en chemotherapie. Er is behoefte aan meer kennis en met een klinische les wordt hier gehoor aan gegeven. Door een seksuoloog te laten vertellen krijgt de oncologieverpleegkundigen een door ervaring onderbouwde voorlichting. Daarnaast is het ook duidelijk hoe doorverwezen moet worden bij problemen. Het is aan te raden om tijdens de klinische les aan te sluiten op de uitkomsten van dit praktijkgericht onderzoek. Zo is het verstandig om meteen in te gaan op gesprekstechnieken. Het is aan te bevelen de klinische les te geven op een scholing dag, dit omdat alle oncologieverpleegkundigen dan aanwezig zijn.

Zorg voor een aandachtsvelder

Een aandachtsvelder seksualiteit is een vast aanspreekpunt voor de oncologieverpleegkundigen. De aandachtsvelder moet de oncologieverpleegkundigen motiveren en gemotiveerd houden. Daarnaast is de aandachtsvelder op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen en draagt er zorg voor dat dit wordt overgedragen naar het team. De aandachtsvelder herinnert de oncologieverpleegkundigen het belang van bespreken van seksualiteit tijdens de dagstart. Hierdoor zal het onderwerp minder snel vergeten worden en een structureel onderdeel worden van het heropnamegesprek. Het is aan te raden om twee aandachtsvelders aan te stellen in verband met rouleren van de oncologieverpleegkundigen.

Kuurspecifieke patiënteninformatie en zorgpad

Het is aan te bevelen dat het onderwerp seksualiteit standaard op de kuurspecifieke patiënteninformatie wordt vermeld zodat het een vast onderdeel wordt van het intakegesprek.

Daarnaast is het raadzaam om vaste gesprekspunten voor een heropname te formuleren, waarvan seksualiteit één van de gesprekspunten is. Dit om ervoor te zorgen dat alle oncologieverpleegkundigen op dezelfde manier het heropnamegesprek uitvoeren. Daarnaast is het raadzaam om seksualiteit in het zorgpad chemotherapie op te nemen zodat het duidelijk is wanneer seksualiteit besproken moet worden.

Gesprekskamer/ evaluatiemoment

Het is aan te bevelen dat tijdens de verbouwing, in verband met de fusie, rekening gehouden wordt met privacy. Aparte kamers waarin de oncologieverpleegkundigen in alle rust met de patiënt kan zitten om het heropnamegesprek te voeren.

Evalueer

Het is van belang om tussentijds te evalueren tijdens een teamvergadering. Dit houdt de oncologieverpleegkundigen gemotiveerd en zorgt ervoor dat de oncologieverpleegkundigen op de hoogte zijn van het proces.

Vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek is het raadzaam om alle oncologieverpleegkundigen te ondervragen zodat de resultaten voor de gehele groep gegeneraliseerd kunnen worden. Daarnaast zouden de oncologen ook geïnccludeerd kunnen worden om te onderzoeken hoe de ervaringen vanuit de specialist is. In dit praktijkgericht onderzoek is gekeken naar de ervaringen vanuit de oncologieverpleegkundigen, maar welke ervaringen hebben patiënten met chemotherapie omtrent het bespreken van seksualiteit? Het wordt aanbevolen om hier nader onderzoek naar te doen.

Literatuurlijst

- Avans. (2018, 16 augustus). *Ontdek het in Xplora*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <http://www.xplora.avans.nl/introductie/kaluga---catalogus/catalogus/index>
- Baarda, B., Bakker, E., Fisher, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V., & Van Der Velden. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Barsky Reese, J., Sorice, K., Beach, M. C., Porter, L. S., Tulskey, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2017). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. *Journal Cancer Surviv*, 11, 175-188. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0577-9>
- Boone, A. (2009). Seksuele hulpverlening met gespreksmodel FIAT. *Oncologica*, 1, 37-39. Geraadpleegd op 9 september 2018, van [file:///C:/Users/Mandy%20Smeulder/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/zorg%20oncologie%20gespreksmodel%20fiat%20annemieke%20boon%202009%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Mandy%20Smeulder/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/zorg%20oncologie%20gespreksmodel%20fiat%20annemieke%20boon%202009%20(3).pdf)
- Chemo&nu. (z.d.). *Bijwerkingen*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.chemotherapie.nl/bijwerkingen>
- Chun Zeng, Y., Lui, X., & Yuen Loke. (2012). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses attitudes and practice. *Journal of advanced nursing*, 68(2) 92-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x>
- Cortel, P. (2008). Mannen, seksualiteit en kanker; Hoe kunnen verpleegkundigen de stilte doorbreken? *Oncologica*, 25(1), 10-18.
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2016). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (6^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Vocht, H. (2012). Seksualiteit en intimiteit in de oncologische en palliatieve zorg. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 36(7), 7-10. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://onderwijsgezondheidszorg.nl/edities-raadplegen/2012-36/7/seksualiteit-en-intimiteit.html>

- De Vocht, H., Notter, J., & Van de Wiel, H. (2010). Cliëntenperspectief: Communicatie over seksualiteit en intimiteit in de oncologische en palliatieve zorg. *TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen*, 120(9), 32-37.
- Eeltink, C. (2014). Seksualiteit bij oudere patiënten; Doorvragen naar seksueel functioneren. *Oncologica*, 31(1), 8-15.
- Eeltink, C., Batchelor, D., & Gamel, C. (2006). *Kanker en seksualiteit: Veranderingen en gevolgen van de behandeling. Handboek voor verpleegkundigen*. Eersel: De Kempen Druk.
- Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis. (2018). *Behandelwijzer Chemotherapie*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.etz.nl/ETZWebsite/files/fe/fe099ba6-904f-439f-91fe-6eb7c7043590.pdf>
- Hillen, M. (2017). Waarom zorgverleners en patiënten seksualiteit niet bespreken. *Psychosociale oncologie*, 25(4), 2-32.
- Integraal Kankercentrum Nederland. (2018, 2 februari). *Incidentie kanker totaal*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/incidentie_kanker_totaal/img568b9ade13f90
- Integraal Kankercentrum Nederland. (z.d.). *Over oncologische zorg*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.iknl.nl/oncologische-zorg/over-oncologische-zorg>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer* 17,479-501. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0563-5>
- Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., Van Steijn, A. Q. M. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients; A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 707-715. <https://doi.org/j.ejon.2015.05.005>
- Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., Van Steijn, A. Q. M. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2015). Seksualiteit: Hoe maak je het bespreekbaar? *Oncologica*, 32(3), 36-40.
- KWF Kankerbestrijding. (2011, september). *Kanker in Nederland tot 2020; Trends en prognoses*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/rapport-Kanker-in-Nederland-tot-2020.pdf>

- Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 416-422.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008>
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (14^e druk). Amsterdam: SWP.
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties. (2017). *Intimiteit & seks. Gevolgen van de behandelingen*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van https://olijf.nl/fileadmin/olijf/Informatieve_websites/Kanker_en_Seks_Onderzoek_NFK_maart_2017.pdf
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties. (2018). *Onderzoek naar kanker en seks*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://nfk.nl/kanker-en-seks>
- Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis/ Vu medisch centrum, Amsterdam. (2009). *80 Vragen over kanker en seksualiteit*. Utrecht: Academic Pharmaceutical Productions.
- Olsson, C., Berglund, A. I., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 426-431.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- Oncoline. (2006). *Veranderd seksueel functioneren. Landelijke richtlijn, Versie: 1.1*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.oncoline.nl/veranderd-seksueel-functioneren>
- Put, E. (2017). Praten over intimiteit bij kanker: 'Vraag er gewoon naar'. *Nursing*, 23(6), 34-37.
- Radboud Universiteit (z.d.). *PubMed: MeSh*. Geraadpleegd op 20 september 2018, van <https://libguides.ru.nl/PubMed/MeSH>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *Kanker>Cijfers & Context>Huidige situatie*. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-van-kanker>.
- Umran, O., Gulbeyaz, C., & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: Oncology nurses attitudes and views. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(17), 7321-7326. Geraadpleegd op 9 september 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25227836>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2016). *Praktijkgericht onderzoek* (2^e druk). Amsterdam: Boom.

Verstraeten, M. (2012). Praten over seksualiteit: de negende vraag van Gordon. *Nursing*, 18(3), 24-28.

Werkgroep 'Kanker in Nederland tot 2020'. (2011). *Kanker in Nederland; Trends en prognoses*.

Oisterwijk: VDBAlmedeon.

Bijlage A Methode literatuurstudie

Zoektermen

Vanuit de onderzoeksvraag: “Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het Oncologisch Dagcentrum van het Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis, locatie TweeSteden, het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?” zijn verschillende zoektermen geformuleerd om te zoeken naar geschikte literatuur. Zie Tabel 1.

Tabel 1. Nederlandstalige en Engelstalige zoektermen.

Nederlands	Engels
Seksualiteit	Sexuality or sex
Bespreken	Communication or Discuss or Discussing
Oncologie Verpleegkundige	Oncology nurse or Health care workers oncology
Kanker	Neoplasms or Cancer or Tumor
Houding	Attitudes

Booleaanse operatoren

Er is gebruik gemaakt van de Booleaanse operator “AND”.

Databanken

In verschillende databanken is gezocht naar literatuur, PubMed, Invert, Cinahl. Deze databanken richten zich op het zoeken naar medische en verpleegkundige artikelen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de zoekmachine Kaluga binnen Avans Hogeschool Breda.

PubMed bevat meer dan zeventien miljoen wetenschappelijke artikelen uit biomedische tijdschriften (De Jong, De Maesschalck, Legius, Vandenbroele, Glorieux, & Visser, 2016). Er is gebruik gemaakt van PubMed om medische informatie te zoeken over seksualiteit en kanker.

Invert is een Nederlandse databank met uitgebreide beschrijvingen van artikelen uit Nederlandstalige verpleegkundige tijdschriften en mededelingenbladen van de landelijke verpleegkundige beroepsverenigingen (De Jong et al., 2016).

Cinahl is een databank die verwijzingen bevat van artikelen uit vrijwel alle Engelstalige verpleegkundige tijdschriften en een aantal tijdschriften uit verwante vakgebieden, zoals fysiotherapie en logopedie (De Jong et al., 2016).

Kaluga is de zoekmachine van Avans Hogeschool Breda, waar zowel Nederlandse als Engelstalige artikelen, boeken en tijdschriften in te vinden zijn (Avans, 2018).

In- en exclusiecriteria

Bij het doorzoeken van de verschillende databanken naar literatuur zijn de volgende in- en exclusiecriteria gebruikt. Deze worden weergegeven in Tabel 2. Hierbij is met name gezocht naar systematic reviews welke geschreven zijn aan de hand van kwalitatief goede randomised controled trials. Systematic reviews zijn binnen de evidence based practice een van de betrouwbaarste onderzoeksmethoden waarbij een hoge 'level of evidence' wordt bereikt (Bakker & Van Buuren, 2014).

Tabel 2 In- Exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Publicatiedatum niet ouder dan 10 jaar	Seksualiteit na behandeling van kanker
Artikelen in het Nederlands of Engels	Onderzoek gericht op fertiliteit bij kanker
Onderzoeksgroep leeftijd > 18 jaar met kanker	Artikelen die ingaan op interventies bij seksualiteit
Aansluiten op de zoektermen	Artikelen waar kosten aan verbonden zijn
Full tekst	

Beschrijving zoekstrategie

Vanuit de vraagstelling zijn verschillende zoektermen opgesteld waarmee in diverse databanken is gezocht. Hierbij is vooral gezocht naar systematic reviews en meta-analyses welke geschreven zijn aan de hand van kwalitatief goede randomised controled trails. Systematic reviews en meta-analyses zijn binnen de evidence based practice de betrouwbaarste onderzoeksmethoden waarbij een hoge 'level of evidence' wordt bereikt (Bakker & Van Buuren, 2014). In Pubmed zijn verschillende zoektermen gecombineerd, zie Bijlage A. Hierbij zijn MeSh termen (Medical Subject Headings) gebruikt. Dit zijn gestandaardiseerde trefwoorden die verschillende synoniemen van een begrip meenemen in de zoekopdracht (Radboud Universiteit, z.d.). De trefwoorden zijn aangevuld met de Booleaanse operator AND. Daarnaast is gebruik gemaakt van filters, vermeld in Bijlage A. Als de titel indiceerde dat het artikel bruikbaar was werd het abstract gelezen. Als in het abstract informatie stond die van belang was voor de onderzoeksvraag werd het artikel in zijn geheel gelezen. De meeste artikelen bleken gericht te zijn op seksualiteit na de behandeling of waren gericht op interventies bij problemen met seksualiteit. Enkele combinaties met trefwoorden zijn door de hoeveelheid hits niet

beoordeeld. Hits boven honderd artikelen werden niet beoordeeld. Hits beneden de honderd artikelen zijn beoordeeld op titel en abstract. Vier artikelen zijn geïncludeerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag: één systematic review, één clinical study en twee reviews.

Na het zoeken op PubMed is gebruik gemaakt van de databank Cinahl, zie Bijlage B. Hierbij zijn ook de zoektermen gebruikt zoals hierboven is beschreven. Door gebruik te maken van filters werden de zoekresultaten verder verfijnt. Na beoordeling van titel en abstract bleven er vier artikelen over, waarvan er twee al eerder waren gevonden in PubMed.

Er is ook gezocht in de Nederlandse databank Invert met de trefwoorden. Zie Bijlage C. Dit leverde zeven relevante artikelen op, waarvan bij één artikel de sneeuwbalmethode is toegepast om het onderzoeksverslag in het Engels te vinden via de zoekmachine Kaluga van Avans Hogeschool.

Aan de hand van het artikel van Krouwel et al. (2015), welke is gevonden via Invert, is de sneeuwbalmethode toegepast om het cross-sectioneel onderzoek te vinden in de zoekmachine Kaluga van Avans Hogeschool.

Krouwel, E.M., Nicolai, M.P.J., Van Steijn, A.Q.M.J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R.C.M., & Elzevier, H.W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients; A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 707-715.

Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de Landelijke richtlijn Veranderd seksueel functioneren van Oncoline (2006).

Het handboek voor verpleegkundigen Kanker en seksualiteit: Veranderingen en gevolgen van de behandeling (2006) is ook geraadpleegd.

Tenslotte is ook gezocht op internet via Google met de zoektermen, hierbij zijn alleen websites gevonden die bruikbaar waren voor de onderbouwing van dit onderzoek.

Bijlage B zoekstrategie Pubmed, Cinahl en Invert.

Zoekstrategie in Pubmed.

Zoektermen	Filters	Aantal hits	Aantal relevante artikelen
Sexuality AND Oncology nurse	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	123	Niet beoordeeld
Sexuality AND Oncology nurse AND cancer	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	119	Niet beoordeeld
Sexuality AND oncology nurse AND neoplasm	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	115	Niet beoordeeld
"Sexuality" [MeSh] AND "Communication" [MeSh] AND "neoplasm"[MeSh] AND "Attitude" [MeSh]	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	20	4 artikelen werden geïnccludeerd na beoordeling en toepassing van de in- exclusiecriteria.

Umran,O., Gulbeyaz, C., & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: Oncology nurses attitudes and views. *Asjan Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(17), 7321-7326.

Olsson, C., Berglund, A.I., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 426-431.

Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*,17, 416-422.

Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Cace Cancer* 17,479-501.

Zoekstrategie in Cinahl			
Zoektermen	Filters	Aantal hits	Aantal relevante artikelen
Sexuality AND Communication	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	609	Niet beoordeeld
Sexuality AND Communication AND Cancer	Full tekst Publicatie < 10 jaar Engels	78	2 artikelen werden geïnccludeerd na beoordeling en toepassing van de in- exclusiecriteria.
Barsky Reese, J., Sorice, K., Beach, M.C., Porter, L.S., Tulsky, J.A., Daly, M.B., & Lepore, S.j. (2017). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. <i>Journal Cancer Surviv</i>, 11, 175-188. Chun Zeng, Y., Lui, X., & Yuen Loke. (2012). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses attitudes and practice. <i>Journal of advanced nursing</i>, 68(2) 92-280.			

Zoekstrategie Invert.		
Zoektermen	Aantal hits	Aantal relevante artikelen
Seksualiteit	229	Niet beoordeeld
Seksualiteit AND kanker	22	7 artikelen werden geïnccludeerd na beoordeling en toepassing van de in-exclusiecriteria.
Put, E. (2017). Praten over intimiteit bij kanker: 'Vraag er gewoon naar'. <i>Nursing</i>, 23(6), 34-37. Eeltink, C. (2014). Seksualiteit bij oudere patiënten; Doorvragen naar seksueel functioneren. <i>Oncologica</i>, 31(1), 8-15. De Vocht, H. (2012). Seksualiteit en intimiteit in de oncologische en palliatieve zorg. <i>Onderwijs en gezondheidszorg</i>, 36(7), 7-10. De Vocht, H., Notter, J., & Van de Wiel, H. (2010). Cliëntenperspectief: Communicatie over seksualiteit en intimiteit in de oncologische en palliatieve zorg. <i>TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen</i>, 120(9), 32-37. Verstraeten, M. (2012). Praten over seksualiteit: de negende vraag van Gordon. <i>Nursing</i>, 18(3), 24-28. Corteel, P. (2008). Mannen, seksualiteit en kanker; Hoe kunnen verpleegkundigen de stilte doorbreken? <i>Oncologica</i>, 25(1), 10-18. Krouwel, E.M., Nicolai, M.P.J., Van Steijn, A.Q.M.J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R.C.M., & Elzevier, H.W. (2015). Seksualiteit: Hoe maak je het bespreekbaar? <i>Oncologica</i>, 32(3), 36-40.		

Bijlage C Tijdsplan

In Tabel 7 wordt het tijdsplan voor het onderzoeksproject weergegeven.

Tabel 7 Tijdsplan

Wanneer	Wat	Wie	Waar
Vrijdag 7 september 2018 9.45 uur	Bespreking probleem/doel en vraagstelling	Tejo Hijlkema en Karin Jooren	Oncologisch Dagcentrum ETZ locatie TSz
Vrijdag 7 september 2018 voor 17.00 uur	Onderzoeksvraag ter fiattering	Karin Jooren	Oncologisch Dagcentrum ETZ locatie TSz
Vrijdag 21 september 2018	Goedkeuring onderzoeksplan	Karin Jooren	Oncologisch dagcentrum ETZ locatie TSz
Vrijdag 28 september 2018 voor 17.00 uur	Definitief onderzoeksplan ter beoordeling	Mandy Smeulders	Avans Hogeschool Breda
Woensdag 3 oktober 2018	Workshop Focusgroep	Mandy Smeulders	Avans Hogeschool Breda
Donderdag 4 oktober 2018	Ontwikkeling vragen voor focusgroep	Mandy Smeulders	
Vrijdag 5 oktober 2018	Beoordelingsformulier	Cindy de Bot	Avans Hogeschool Breda
Zaterdag 6 oktober 2018	Uitnodiging focusgroep	Mandy Smeulders	Oncologisch Dagcentrum ETZ locatie TSz
Woensdag 10 oktober 2018	Workshop Interview uitvoeren en analyseren	Mandy Smeulders	Avans Hogeschool Breda

Vrijdag 12 oktober 2018	Focusgroep	Mandy Smeulders	Oncologisch Dagcentrum ETZ locatie TSz
Vrijdag 12 oktober 2018	Gegevensverwerking en analyse focusgroep. Nieuwe topics voor individuele interviews	Mandy Smeulders	
Maandag 15 oktober 2018	Start afnemen interviews	Mandy Smeulders	Oncologisch Dagcentrum ETZ locatie TSz
<i>Bij herkansing vrijdag 19 oktober 2018</i>	<i>Onderzoeksplan 2^e gelegenheid</i>	<i>Mandy Smeulders</i>	<i>Avans Hogeschool Breda</i>
<i>Bij herkansing vrijdag 26 oktober 2018</i>	<i>Beoordelingsformulier</i>	<i>Cindy de Bot</i>	<i>Avans Hogeschool Breda</i>
Maandag 29 oktober 2018	Verwerken gegevens en analyseren data van interviews	Mandy Smeulders	
Maandag 19 november 2018	Schrijven discussie, conclusie en aanbevelingen	Mandy Smeulders	
Vrijdag 14 december 2018 voor 17.00 uur	Inleveren onderzoeksverslag & reflectieverslag & feedbackformulier van de opdrachtgever	Mandy Smeulders	Avans Hogeschool Breda
Vrijdag 11 januari 2019 voor 15:00 uur	Beoordelingsformulier	1 ^e beoordelaar	Avans Hogeschool Breda
15 t/m 28 januari 2019	Presentatie	Mandy Smeulders	Avans Hogeschool Breda

Bijlage D

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Benoem het! Hoe ervaren oncologie verpleegkundigen het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

Verantwoordelijke onderzoeker: Mandy Smeulders

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat bewerking van geluidsmateriaal uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Mandy Smeulders

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage E Gesprekshandleiding focusgroep

Opening	Welkom heten, bedanken voor de komst. Meteen vertellen van de geluidsopnames.
Voorstellen	Ik heb Aryan van het leerhuis uitgenodigd om vandaag aanwezig te zijn als observator voor mijn onderzoek. Hij zal zich niet mengen in het gesprek, zal ook buiten de kring plaatsnemen. Ik ben vandaag de gespreksleider, ik zal het gesprek in goede banen leiden en zorgen dat de focus op het onderwerp blijft.
Uitleg focusgroep	Er is gekozen voor een focusgroep omdat de groepsdynamiek ervoor kan zorgen dat de deelnemers elkaar stimuleren en op ideeën brengen. De informatie die uit de focusgroep komt wordt meegenomen naar de interviews die later worden afgenomen. Deze samenstelling van de groep is gemaakt op basis wie er vandaag moest werken. Ik heb gekozen voor het onderwerp seksualiteit omdat ik merk dat dit niet een standaard gespreksonderwerp is tijdens de behandeling. Seksualiteit valt onder de 9 gezondheidspatronen van Gordon. Echter is dit punt vaak niet ingevuld, maar is niet ingevuld ook niet besproken? Seksualiteit is iets wat je doet en niet iets waar je makkelijk over praat. Door middel van dit onderzoek wil ik gaan kijken naar welke ervaringen de oncologieverpleegkundige hebben bij het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten om zo tot handvatten aanbieden aan de opdrachtgever, om het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie te borgen binnen het behandeltraject op het oncologisch dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden.
Huishoudelijke zaken	- Geluidsopnames - Niet door elkaar praten - Alles mag gezegd worden, er is geen goed of fout antwoord - Je hoeft het niet met elkaar eens te zijn - Informatie is vertrouwelijk wordt anoniem verwerkt - Mobiele telefoons uit - Geen pauze - Bijeenkomst duurt maximaal 45 minuten - Onderteken IFC
Introductie	Op kaartje leeftijd, werkervaring, oncologie opleiding in laten vullen
Vraag 1	Wat is jouw ervaring bij het bespreken van seksualiteit

Vraag 2	Hoe bespreek je seksualiteit? Welke openingszin gebruik je
Vraag 3	Bij wie bespreek je seksualiteit?
Vraag 4	Welke drempels ervaar jij bij het bespreken van seksualiteit?
Vraag 5	Hoe zie je jouw rol als verpleegkundige bij het bespreken van seksualiteit?
Samenvatting	Overzicht van de behandelde vragen en antwoorden. Wil iemand nog iets toevoegen? Formuleren van conclusies en navragen of dit klopt (membercheck)
Afsluiting	Bedanken voor de deelname Uitkomsten worden gecommuniceerd.

Vragen Focusgroep 12-10-218

Ervaringen

Wie is verantwoordelijk voor het bespreken van seksualiteit?

Wat is jouw ervaring ten aanzien van het bespreken van seksualiteit?

Welke drempels zijn er bij het bespreken van seksualiteit?

Hoe kunnen normen en waarden van invloed zijn bij het bespreken van seksualiteit?

Zou de leeftijd van de verpleegkundige invloed hebben op het bespreken van seksualiteit?

Welke invloed heeft de werkervaring op het bespreken van seksualiteit?

Welke emoties kunnen aan bod komen bij de verpleegkundige bij het bespreken van seksualiteit? In hoeverre zijn deze van invloed op het bespreken?

Gezondheidspatroon 9 van Gordon is niet ingevuld maar is het dan ook niet besproken?

Kennis

Heb je voldoende kennis over seksualiteit om dit vervolgens te kunnen bespreken?

Herken jij seksuele problematiek? Wanneer wordt 'het' een probleem?

Wanneer bespreek jij seksualiteit? In welke fase van de behandeling?

Welke punten bespreek jij omtrent seksualiteit?

Vaardigheden

Hoe bespreek je seksualiteit? Welke openingszin gebruik je?

Wat kan helpen bij het bespreken van seksualiteit?

Wat heb je nodig op het vlak van gesprekstechnieken/ communicatie om seksualiteit te bespreken?

Met of bij wie bespreek jij seksualiteit?

Heb je wel eens een patiënt doorgestuurd? Zo ja naar wie en waarom?

Opleiding

Wat is er tijdens je vervolgopleiding oncologie aan bod gekomen over het onderwerp seksualiteit?

Hoe ziet jouw rol als verpleegkundige eruit bij het bespreken van seksualiteit? Heb je hierbij ondersteuning nodig? Zo ja in welke vorm.

Bijlage F Transcript focusgroep

Voor aanvang uitgelegd waarom ik opnames wil maken. Iedereen gaat akkoord.

Interviewer; Goed welkom allemaal, ik heb Aryan van het leerhuis uitgenodigd vandaag ehh als observator voor de focusgroep. Hij zal buiten de kring plaats nemen en zonodig aantekeningen maken tijdens het gesprek. Hij zal zich niet mengen in het gesprek. Ik ben gespreksleider en zal het gesprek gaan leiden ehhh in goede banen en zorgen ook voor de tijdsplanning en daarnaast ook zorgen dat mijn vragen, topics worden beantwoord die ik graag wil bespreken.

Ik heb gekozen voor een focusgroep, een focusgroep zorgt er eigenlijk voor dat een groep verpleegkundigen in dit geval bij elkaar komt om een gesprek ehhh een onderwerp te bespreken wat mogelijk nieuwe ideeën oplevert en leuke discussie kan geven wat belang is voor mijn onderzoek. De uitkomst hiervan neem ik mee naar mijn interviews die ik later afneem bij andere collega's.

De selectie waar we hierbij elkaar zijn is puur op basis van wie werkt vandaag en daarop is geselecteerd en niet op andere criteria.

Gelach

Respondent 3; o ik dacht dat wij bijzonder waren.

Interviewer; Sorry het is puur op die criteria geselecteerd.

Respondent 1; hoelang duurt het ongeveer

Interviewer ; sorry?

Respondent 1; tot hoelang ben je ongeveer bezig?

Interviewer; we zijn ongeveer 3 kwartier bezig dus om 15.45 zullen we klaar zijn.

Interviewer; Ehhm mijn onderwerp ehh bespreken van seksualiteit is bekend bij jullie, ik heb hiervoor gekozen omdat dit niet een standaard gespreksonderwerp is tijdens het behandeltraject. Punt 9 van Gordon van de 11 gezondheidspatronen wordt niet altijd ingevuld, maar wil niet zeggen niet ingevuld wordt niet besproken. Ehh daarbij is ook de vraag of tenminste de opmerking seksualiteit is iets wat je doet en niet zo makkelijk over praat. Dus vandaar mijn onderzoek, door middel van dit onderzoek wil ik gaan kijken naar mijn onderzoeksvraag; welke ervaringen hebben oncologieverpleegkundigen bij het bespreken van seksualiteit met als doel om Karin, mijn opdrachtgever straks handvatten aan te bieden om eh bespreken van seksualiteit te borgen in het behandeltraject van de oncologische patiënt. Dat is mijn opzet.

Verder nog wat huishoudelijke mededelingen, ik neem het dus op. Mijn vraag is dus of jullie niet door elkaar willen praten want dan is het straks voor mij heel moeilijk om ehhuit te typen wie wat zegt. Daarbij is ehh de vraag of de mobile telefoons uitgezet kunnen worden zodat we de focus kunnen hebben op het gesprek. Er zijn geen goede of foute antwoorden, zeg wat je denkt. Dit helpt mij enorm met mijn onderzoek. Laat elkaar uitspreken, respecteer elkaars mening en ehm er is geen pauze en het duurt ongeveer dus tot 15.45.

Dan wil ik nu beginnen met het onderwerp

Interviewer; Ik heb een aantal vragen geformuleerd, die heb ik geclusterd in 4 tal topics. Ehhm de topics die zijn ervaringen, ervaringsniveau van jullie, de kennis, vaardigheden en wat er eventueel aan opleiding nodig zou zijn of zou ontbreken.

Interviewer; Dus ik stel voor dat we gewoon maar beginnen met de open vraag. Wat is jullie ervaring is ten aanzien van het bespreken van seksualiteit? (mensen kijken weg)

Wie wil daar iets over zeggen?

Respondent 2; ik denk dat het niet altijd makkelijk is, wel met de intakegesprekken dan komt het automatisch wel eigenlijk wel aan bod omdat je met cave excreta zit in die periode. Ik merk dan wel, vind ik zelf, makkelijker is om het bij jongere mensen te doen dan als bij oudere mensen. Want daarbij denk ik dan doen ze het nog wel of zo. Lacherig. Maar dat zijn mijn eigen waarden en normen ook aan. Dat vind ik best moeilijk om te bespreken.

Interviewer; oke, andere?

Respondent 5; ik merk nu nu wij geen intake gesprekken meer hebben dat het minder snel aan bod komt. In die zin van ehhm als je op de chemokamer bent heb je weinig privacy vind ik, om het bespreek te maken en dan eh ja, zal het ook niet, kijk als het de eerste patiënt is en het is een patiënt waarvan je denkt daar heb ik al iets over gelezen daar speel ik op in. Maar ik zou inderdaad niet zo spontaan gaan bespreken van goh hoe zit het met seksualiteit. Ik spreek niet zo vaak over seksualiteit meer over intimiteit maar dan merk je ook dat er als er meerdere mensen op de kamer zijn dat mensen niet zo over gaan praten. Tenminste dat is mijn ervaring.

Interviewer ; ik zie jou instemmend knikken respondent 4.

Respondent 4; ja dat is denk ik, is toch wel iets waarvan je vind dat eh met name een privacy ding is van ehh van mensen waarvan je best wel dichtbij komt als je het daarover hebt en zeker als het op de chemokamer is. Ik vond het in het verleden dat ik een intakegesprek deed ook altijd wel moeilijk

om het te bespreken. Het was meestal de patiënt die dan de vraag stelde hoe zit het dan eigenlijk.

Dat maakt dat je wat makkelijker over hebt, maar eh ehm maar over er zelf over te beginnen vind ik altijd wel een lastige.

Interviewer; oke en voor jullie (kijkend naar andere kant)

Respondent 1 ; nou je die intakegesprekken niet meer hebt heb je ook niet meer die band opgebouwd die je opbouwt tijdens je eerste intakegesprek. En bij zo'n intakegesprek zijn het altijd een beetje jouw patiënten. Dat klinkt heel stom. Maar waardoor je meer een band hebt en ook eerder terug kan komen.

Interviewer; hummen

Respondent 1; en normaal als mensen je iets al iets verteld hebben als er problemen zijn of maar je hebt iets om op terug te grijpen.

Interviewer; oke

Respondent 3; ik vind privacy ook wel een heel groot dingetje. Als je de eerste patiënt hebt dan heb je wel alle privacy want dan zijn er nog geen anderen en punt 2, net wat respondent 1 zegt eigenlijk omdat wij rouleren zien wij niet iedere keer standaard dezelfde patiënten. Dus als ik een patiënt bijna nog nooit heb gezien, dan vind ik toch echt wel een hele drempel om daar naar te vragen, terwijl er helemaal geen band is en je net ook wat respondent 4 zegt iets best wel iets innigs bespreekt. Dan vind ik de vraag heb je ontlasting gehad? echt wel veel makkelijker om zo maar te stellen (lachen) en de andere standaarddingen van seksualiteit. Dus dat is toch wel eh ja.

Interviewer; oke.

Valt een stilte van paar seconden

Interviewer; Respondent 6 hoe is dat bij jou?

Respondent 6 ; Bij de intakegesprekken probeerde ik het altijd wel te koppelen aan cave excreta maar lag het ook wel aan het gezelschap waarmee je het intakegesprek plaatst vond. Want ik vond altijd als er kinderen bijzaten om dan te bespreken of dat hun ouders nog seks hebben is ook wel een beetje ehm ja gek vond ik altijd. Maar nu ja vind ik echt het gebrek aan privacy op een meerpersoonskamer en ik denk ook dat mensen dat tegen houdt om ehm om er zelf over te beginnen.

Interviewer; jullie noemen eh een aantal belemmeringen he, daarin valt op privacy, eigen normen en waarden , de band met de patiënt die er wel of niet is. Zijn er dan nog meer belemmeringen?

stilte

Respondent 6; nou ik denk op het moment dat iemand iets aangeeft dat eh in ieder geval mijn kennis niet zo groot is ehm waar je de wegen moet bewandelen om die mensen iets van een handvat te reiken en op het moment dat ik die kennis wel zou hebben dan hoop ik dat ik de tijd zou hebben om om ehm dingen voor hun op te zoeken of eh met ze daarover te hebben.

Interviewer; oke tijd en kennis.

Respondent 4; ik vind kennis nog niet zo belangrijk omdat ik denk je hoeft niet overal kennis van te hebben, ik bedoel als je zelf ergens tegenaan loop waarvan ik denk dat weet ik niet dan ga ik op zoek naar waar ga ik iemand naar doorverwijzen he.

Interviewer; hummen

Respondent 4; en ik denk tegenwoordig met google kun je he ja voldoende vinden om iemand door te verwijzen of binnen het ziekenhuis daar heb je ook mensen. Ik weet eigenlijk niet of er iemand in het ziekenhuis die gespecialiseerd is in seksualiteit. Hebben wij iemand?

Vervolgens loopt er een spin over de muur achter respondent 1.

Respondent 4; wat zie ik nu een spin, sorry

Respondent 5; ja ik wou net zeggen er loopt iets.

Respondent 6; ik dacht al wat zit je nu naar mij te kijken

Respondent 4; ja ik zie hem ineens omhoog lopen. Maar ik denk wel dat je kan doorverwijzen.

Respondent 6; maar goed maar jij zegt nu al ik weet niet of er iemand in het ziekenhuis is die daar over gaat. Dat bedoel ik.

Respondent 4; ja dat klopt.

Respondent 6; dat bedoel ik dat is wel mijn kennistekort, dat ik ook niet weet dat die iemand er is. En als ik moet gaan zoeken of dat er iemand is of ik daar wel tijd voor heb.

Respondent 4; twijfelachtig ja

Interviewer ; merken jullie er iets van dat er doorverwezen wordt?

Respondent 5; minimaal

Respondent 4; nee

Respondent 6; ik zag het op de poli wel eens maar dan praat ik op misschien 1 op de 100 of zo, ik weet wel dat er iemand is hoor een seksuoloog.

Interviewer ; waar wordt er dan naar doorverwezen?

Respondent 5; naar de seksuoloog in het ziekenhuis, in het elisabeth ziekenhuis. Dus uhm maar net wat ik zeg het lijkt wel meer steeds een taboe een beetje het is eigenlijk niet heel eh ja. Het wordt niet open besproken op de een of andere manier en dan eh vooral bij jongeren dan denk ik ja eh hebben, we hebben behoorlijk wat jongere mensen liggen en nou kan het ook bij ouderen he want ho de ouderen kunnen net zo actief zijn als jongeren.

Iedereen lacht.

Respondent 5; dat denk ik in ieder geval. Dus eh ja dan denk ik van ik weet uit literatuur wel of er inderdaad of wat je leest in de oncologica dat het wel een probleem is maar dat het nog steeds een ondergeschoven kindje is. Ik denk van beide zijde, niet alleen van ons uit, maar dat een patiënt het ook niet snel zal bespreken.

Respondent 4; humt

Respondent 1; misschien omdat het voor ons ook wel een lastig onderwerp is.

Respondent 5; ja

Interviewer; wat maakt het zo lastig?

Respondent 3; ik vind echt de band met de patiënt

Respondent 5; ja dat denk ik ook

Respondent 2; ja dat ook maar ook wat ik net al zei eigen waarden en normen en hoe sta je erin. Als je zelf al niet open bent in dat soort dingen te bespreken dan is het sowieso met een vreemden al helemaal moeilijk om eh om eh ja wat je er zelf van vindt

Respondent 4; ja dat is natuurlijk wel zo terwijl je eigenlijk denkt vanuit je professionaliteit zou je het wel moeten doen en zou je het gewoon opzij moeten schuiven.

Respondent 2 ;ja ja

Respondent 4; ik denk ook wel dat je daar gelijk in hebt

Respondent 1; er wordt altijd wel een beetje lacherig over gedaan

Respondent 4; ja

Respondent 1; dat is ook bij die jongeren, dat heeft denk ik niet zo met leeftijd te maken

Interviewer ; zit er verschil tussen collega's? In de zin van eh de een bespreekt het makkelijker dan de ander?

Respondent 4; dat denk ik wel

Respondent 2; ja

Interviewer; waar zit hem dat in?

Respondent 2; als ik soms ook zie hoe sommige collega's best wel eens dingen vragen aan patiënten dan denk ik wooh maar die kunnen op de een of andere manier dat gewoon doen.

Respondent 6; collega X bespreekt heel veel dingen met mensen en eh

Respondent 2 ; ja ja en collega Z ook

Respondent 6; ik zou niet eens weten hoe ik dat in moet kleden en toch kan collega X dat wel maar dat is misschien een beetje meer vanuit haar achtergrond maar die vind ik op zich wel heel goed om bepaalde dingen met mensen te bespreken

Interviewer ; maar heb je het dan, want dat is interessant dat je dat zegt, maar heb je het dan over ontbreken van vaardigheden?

Respondent 5; nee dat denk ik niet

Respondent 6; nee,

stilte

Respondent 1; weet ik niet, het is wel haar manier van benaderen van mensen, is dat een vaardigheid?

Respondent 5; twijfelachtig ja, ja ik denk

Respondent 4; ik denk het wel dat is een competentie op welke manier jij eh zij zaken kan bespreken

Respondent 1; zij heeft toch wel meer gesprekstechnieken gehad

Respondent 4; ja

Respondent 5; maar collega Z deed dat ook maar die dat het dan op een hele andere manier

Respondent 6; ja collega Z vroeg het gewoon kort door de bocht lekker bot, van eh doen jullie het nog

Respondent 5; ja ja

Respondent 4; ja, lacherig

Respondent 6; en dan vonden mensen ook gewoon van d'r hebben

Respondent 4; ja dat klopt ja

Interviewer; maar waar zit dat verschil in?

Respondent 4; achtergrond en opvoeding

Respondent 5; ja opvoeding

Interviewer; oke

Respondent 4; ja ik weet het niet kan het me voorstellen

Interviewer; ja dat is een mogelijkheid, oke. ehm komt een aantal keer voorbij he gesprekstechniek, communicatie uhm 5 sec pauze is daar iets extra's in nodig?

Respondent 5; in communicatie en gesprekstechnieken ik denk het niet, voor mij is het echt een stuk privacy.

Dat is echt. Ik denk als zeker je een ruimte apart hebt en uhm en die band met een patiënt. Dat merk je gewoon want ik sta dan af en toe eens op het od en dan ja en dan bijwijze einde van de dag heb je een andere band dan in het begin want dan is het even aftasten wie heb ik voor me, voor hun ook wie hebben zij zich en is er een klik. Je moet ook wel een bepaalde klik hebben met een patiënt.

Respondent 2; ja

Respondent 4; ja dat is het je niet perse een patiënt vaker gezien te hebben om een band te hebben met sommige patiënten heb je in een keer een klik.

Respondent 5; ja dat klopt en dan zou ik bij wijze van wel bespreekbaar maken maar als je maar privacy hebt want ik ga dat niet op een vierpersoonkamer ga ik dat niet zomaar vragen want voor hun is het ook privacy.

Interviewer; ja goed, maar je zou het wel kunnen vragen

Respondent 5; ja dat privacy vind ik nog meer van belang dan communicatieve vaardigheden. Voor mij he ik spreek voor mezelf.

Interviewer; hum

Respondent 5; want het is niet zo dat ik het niet zou durf te bespreken of wat dan ook. Ik heb het vaker besproken in het verleden, maar wel in een ja in eh ja in privacy ja.

Respondent 6; en ik denk als mensen het al zouden willen bespreken het feit dat wij constant heen en weer lopen dat er pompen gaan dat de telefoon gaat dat er een collega ana je staat te trekken dat voor hun ook wel een belemmering is om een stukje van mijn tijd te vragen. Terwijl ik die tijd echt wel zou willen maken.

interviewer; ja

respondent 6; maar dat voor hun al een belemmering gaat zijn van ze zien je alleen maar in de ochtend van hot naar her vliegen en allerlei verstoringen hebben dat ze ook denken ja ik ga dat nou maar niet vragen want ze heeft het zo druk en dat is niet wat je zou wille.

Interviewer; dus rust is ook belangrijk voor jou

Respondent 6 ; ja rust is ook belangrijk

Respondent 1; een half jaar terug was er een jonge patiënt die had een dringende vraag op seksueel gebied. Die is naar de secretaresse gegaan en daar haar vraag neergelegd en de secretaresse heeft mij gebeld of ik haar even apart wilde nemen zodat zij haar vraag kon stellen in privacy.

Respondent 4; ja

Interviewer ; hoe vond je dat

Respondent 1; ik vond het heel dapper van haar, maar ik vond het wel heel vervelend voor d'r.
Want ze stond met zo'n boei dat ze eerst het aan de secretaresse moet vragen en de secretaresse
het aan mij moet vragen. Eigenlijk vind ik het wel heel zielig.

Interviewer; en waar had dat mee te maken dan naar jou idee?

Respondent 1; bij mij privacy,

Interviewer; privacy?

Respondent 1; ze wilde dat niet op de kamer bespreken

Respondent 6; ja maar dan moet je het vervolgens aan de balie gaan vragen

Respondent 1; ja maar daar heeft ze een moment voor uitgezocht wat het beste was

Respondent 6; dat er niemand was

Interviewer; ik hoor dat vaker voorbij komen, privacy, band met de patiënt, jij noemde het ook (kijkt
naar respondent 3)

Respondent 3; ja

Interviewer; maakt dat echt zoveel uit in het kunnen bespreekbaar kunnen maken?

Respondent 3; de privacy? Ja vind ik wel

Interviewer; waarom?

Respondent 3; ja waarom, niemand praat sowieso openlijk over zijn seks leven laat staan als je er al
problemen mee hebt tijdens het ziek zijn en de kuren en alle ellende die erbij komt kijken en dan
moet je het nog bespreekbaar maken op een meerpersoonskamer. Ja he tussen allerlei piepjes,
toeters en bellen en wie er liggen en of je de verpleegkundige misschien wel of niet al vaker hebt
gezien.

Respondent 6; ja maar goed misschien is dat denk ik niet het seksueel leven ik denk op het moment
dat mensen echt depressief zijn of echt met zichzelf in de knoop zitten zullen ze dat ook niet zo gauw
met ons delen op een volle kamer terwijl er allerlei verstoringen zijn.

Interviewer; hmmm

Respondent 6; want ja dat ga je ook gewoon liever vertellen als je gewoon ergens een beetje apart zit dat je het eigenlijk niet meer trekt of dat je naar een psycholoog wil of zo of eh is ook maar heel zelden dat mensen dat op een meerpersoonskamer aan je gaan vertellen

Respondent 3; klopt ja

Interviewer; maar we hebben het over bespreken van seksualiteit he.

Respondent 6; hmmm

Interviewer; en daar zitten natuurlijk heel veel facetten aan maakt dat nog wat uit?

Respondent 3 ; of je het een wel bespreekt en het ander niet bedoel je?

Interviewer; knikt

Respondent 3; nee dat zou voor mij geen verschil maken denk ik

Respondent 2; ik moet zeggen net voor mij zou het wel met een intakegesprek vond ik het makkelijker om het te bespreken als zeg maar als de patiënt opgenomen is want in zo'n intakegesprek heb je een aanleiding want hij krijgt chemo en dan benoem je dat en dan heb je voor jezelf eigenlijk al een ingang omdat te gaan benoemen, maar als ik bij een patiënt op de kamer kom en ik heb dat stukje helemaal niet nou dan zou het voor mij echt wel moeilijker zijn om het bespreekbaar te maken.

Interviewer; dus eigenlijk hoor ik jou zeggen ook een stuk voor informatie?

Respondent 2; ja maar ook ik heb een aanleiding om het te vragen

Interviewer; een aanleiding ja

Respondent 2; dat maakt het voor mij makkelijker om erover te beginnen

Interviewer; oke, oke.

Respondent 1 ; we hadden vorige week of 2 weken terug een les van een seksuoloog en die zei van denken jullie nou denk eens goed na want het is ook heel maf om standaard te vragen hoe het gaat met de ontlasting met z'n plassen dat vraag je toch ook niet aan iedereen op straat?

Waarom vraag je dan niet hoe het met iemand seksualiteit is? Ja...omdat het gewoon heel moeilijk onderwerp is.

Respondent 1; dus alleen het rijtje hoe gaat het met eten, hoe gaat het slapen, hoe gaat het met urine, hoe gaat het met de ontlasting, hoe gaat het met de sex. Zo noemde zij dat gewoon op.

Er wordt door iedereen gelachen

Respondent 1; ja oke, haar vak.

Interviewer; maar, ik ik merk dat daar een stemming onder komt toch? Of niet

Respondent 4; een stemming onder komt?

Interviewer; ja de moeilijkheid van het bespreken

Respondent 4; ja ja

Interviewer; jullie geven zelf al aan van ja dat is en blijft lastig, maar het feit dat een seksuoloog dan a publiek zegt hoe is het met de sex dat wordt een beetje ja op gereageerd van oei ja oei ja

Respondent 2; zachtjes ja

Interviewer; ja. Respondent 2 je had het over normen en waarden, wat bedoel je hiermee?

Respondent 2; ik bedoel daarmee zeg maar je hebt thuis van mee gekregen, bij mijn thuis werd nooit over seks gesproken of wat dan ook of voorlichting in die zin en ik merk dat ik dat zelf ook wel heb meegekregen dat ik ook bij mijn kinderen het heel moeilijk vond dat

BOREN heel hard, er wordt gewacht met verder praten VERSTORING

Interviewer; hoe typ ik dit uit? Dit knip ik er maar uit

gelach

Interviewer; ja we kunnen weer

Respondent 2; ja dat vind ik best wel moeilijk om daar open over te spreken, als ik nu de jeugd zie ja die praten en die doen ja ik ben zo niet opgevoed dus ik vind dat wel eh moeilijk en dan ook ja sommige met benamingen en die noemen dat echt heel platvloers als ik het zo mag zeggen. Dus dat is ook he wat voor soort patiënt heb je tegenover je en op wat voor manier begin je dat gesprek en dat is ook een stuk wat je vanuit jezelf meeneemt.

Interviewer ; zijn daardoor de normen en waarden binnen het teamverband ook van op invloed

Respondent 2; ik denk dat het best wel verschillen zijn bij collega's

Respondent 5l; ja dat denk ik wel ja

Respondent 2; er zijn collega's **die andere benoemen echt dingen dat ik denk daar krijg ik rooie oren van bij wijze van spreken** en ander moment ja

stilte

interviewer ; ik zie jou ook knikken respondent 5

respondent 5; ja dat denk ik wel, voor mij is daar geen taboe om het te bespreken maar ik ik denk zeker wel maar dat wijst niet uit dat mijn taboe om het te bespreken dat dat niet zomaar zal gaan doen terwijl ik wel heel open daarover zou kunnen spreken met een patiënt of wat dan ook bij wijze van.

Interviewer; hmm

Respondent 5; dus ehm maar ik ik ja

Interviewer; heeft dat met leeftijd te maken?

Respondent 5; nee, nee want ik ben ook want jij verteld heel mooi (wijst naar resp 2) dat heb ik ook gehad met mijn ouders maar terwijl ik heel anders ben. Ja heeft dat met leeftijd te maken, nee ik denk het niet.

Interviewer ; voor jou respondent 3?

Respondent 3; nee dat denk ik niet, nee. **Ik denk ook misschien dat het ook wel een stukje mee te maken heeft dat hoe dat d'r ja hoe dat je erbij jou thuis aan toe is gegaan en hoe je daar zelf in staat.**

vanuit de groep wordt instemmend ja geknikt

Respondent 2; ja als ik nu kijk naar mijn kinderen, mijn kinderen praten daar open over. Toen ik bij de 1e of bij de 2e zei gaat het gerust op tijd zeggen hoor want ze weten het allang. Krijg je dat van je eigen kinderen te horen. ja

Interviewer; even iets anders eh het is toch een emotioneel begrip waarop emoties meespelen

Respondent 5; nou ik kan niet zeggen emoties

Respondent 4; nee

Respondent 5; nee kan niet zeggen dat emoties meespelen

Interviewer; dus bij het bespreken komen geen emoties aan bod?

Respondent 5; nou in die zin je gaat een stuk ja gaat vragen aan hun van hoe ga je er dit moment mee om bij wijze van, maar dat is wel een groot gemis dat we die intakes niet meer hebben want seksualiteit is niet alleen maar recht toe en aan zeg ik altijd. Seksualiteit is een heel ruim begrip waar ik heel veel op inspeel is een stuk intimiteit en daar praat je makkelijk. Van goh hoe gaat het samen en ik ga niet vragen goh doen jullie het nog samen? Maar ik vraag wel hoe gaat het samen, hebben, zijn er nog momenten samen, intieme momenten. Ja dat bespreek ik makkelijk dan dat je inderdaad. Ja ik vind seksualiteit ja hoort daar onder.

Dus ja wat dat betreft daar zie je wel emoties bij voorkomen.

Interviewer; hmmm

Respondent 5; kijk als iemand zegt van ja mijn partner heeft sinds dat ik gestart ben met de chemo niet meer aangeraakt dat zijn dan wel heel veel emoties.

Interviewer; ja precies dat bedoel ik dus. Zijn die van invloed op het bespreken?

Respondent 5; ja dat denk ik wel ja die zijn wel van invloed want als jij al merkt dat een bepaalde afstand is of zo dan ga je daar wel op in maar dan zit je toch weer vaak met die privacy want als je dat ziet dan ga ik ook weer niet op die 4 persoonskamer zeggen ik zie dit gebeuren en dat doe ik bij wijze van wel als iemand is opgenomen van goh en dan vraag ik ook wel eens aan de patiënt zelf wat vaak fijn is als iemand is opgenomen van goh hoe is het nou tussen jullie 2en slecht nieuws gehad, hoe reageert je partner daarop en dan heb je weer die inleiding omdat gesprek aan te gaan.

Interviewer; hmmm

Respondent 5; dus emoties zitten in die trend wel emoties, maar vanuit mij zitten er geen emoties bij om te bespreken als we het daar over hebben maar wel vanuit de patiënt daar zitten zeker emoties

Interviewer; oke, ja oke

Respondent 6; ik probeer altijd wel als iemand wel over die drempel heen is aan te geven dat het wel echt super dapper is dat ze het toch eh dit willen gaan bespreken en ja want ik denk wel dat mensen een drempel over moeten voordat ze dat bij je neerleggen.

En op zich vind ik het huidige rapportage systeem wat wij nu hebben echt niet bijdrage in het feit dat je terug kan kijken met hoe het mensen gaat op dat gebied want het is echt super onoverzichtelijk vind ik. Om te kijken wat je collega's hebben gerapporteerd en op de chemokamer wordt eigenlijk niet meer gerapporteerd aan de hand van de patronen van Gordon. Voorheen kon je in dat mirador met puntje 9 was?

Respondent 4; ja

Respondent 6 ; terwijl je nu moet je echt eh door een ontzettend bagger rapportages heen en vind je eigenlijk nog niet wat je zoekt dus ik denk dat het EPIC dat het rapportagesysteem sowieso niet bijdraagt aan dat collega's op kunnen pakken waar de vorige is blijven steken.

Stilte

Interviewer; hoe ervaren andere dit? Ik zie jou knikken respondent 2

Respondent 2; soms moet je heel ver terug lezen en is het gewoon niet altijd goed te zien

Interviewer; oke

Respondent 2; dan probeer ik meestal gewoon de samenvatting te pakken van de arts of weet je wel van al die punten dan probeer ik dan in te kijken wat ze daarop score.

Respondent 1; wat schrijven die daar dan over?

Respondent 2; niks

Respondent 5; niks, seksualiteit wordt daar niet besproken

Respondent 2 ; nee

Respondent 4; nee dat wordt daar niet besproken nee

Respondent 6; ik denk dat de drempel om het te bespreken naar de dokter toe nog hoger is dan bij ons neer te leggen, misschien bij de huisarts maar als je daar in de spreekkamer zit en je weet dat er een volle wachtkamer is en dat die man al achter loopt op zijn schema dan ga je echt niet zeggen; o dokter dus ja

Respondent 4; ja

Respondent 2; ja

Interviewer; even iets anders he word het probleem op het gebied van seksualiteit altijd onderkent?

stilte

Respondent 6, hoe bedoel je met onderkent dat we het niet serieus nemen?

Interviewer; nee dat bedoel ik niet

Respondent 1; of je het signaleert?

Interviewer; gesignaleerd ja

Respondent 5; nee dat denk ik ook niet

Interviewer; wanneer is iets een probleem en in welke mate is dat?

Respondent 5; als de patiënt zegt dat het een probleem is dan is het een probleem

Interviewer; ja

Respondent 5; dus als een patiënt zegt ik heb daar last van en maar dat wordt pas gesignaleerd als de patiënt echt gaat zeggen ik heb daar problemen mee. Dat kan heel klein zijn en dat kan heel groot zijn.

Interviewer; ja oke

Respondent 5 ; maar het zo signaleren, we hebben geen signaleringsinstrument bij wijze van o ja dit zo mogelijk problematisch kunnen zijn daarin. Of is een probleem he want wat voor de een geen probleem ervaart kan voor die andere wel een probleem zijn.

Interviewer; hoe filter dit zich uit?

Respondent 5; dat filtert zich uit eh als die patiënt dus dat zegt en jij daar naar vraagt bij wijze van en je gaat er pas weer naar vragen als de patiënt dat gaat uitte want we gaan daar zelf bewijze van ziet bij seksualiteit is eh erectiestoornis. ja ja dat zal een man zo zomaar zeggen ik heb erectiestoornis, want die heeft in dat boekje gelezen dat kan erbij horen dus die denkt dat hoort erbij. Terwijl er bij wijze van wel iets aangedaan kan worden.

Interviewer; ja precies

Respondent 2; of droogheid

Respondent 5; ja ja nou ja inderdaad en die zullen dat zomaar niet 1-2-3 want die hebben dat gelezen in dat boekje oke dit zijn de bijwerkingen oke. Dan moet ik het daar maar mee doen

Respondent 6; terwijl aan de andere kant de misselijkheid die wordt ook benoemd en daar kun je iets aan doen en dat staat meteen in het boekje van eh daar krijgt u medicijnen voor. Maar dit lezen ze ook in het boekje maar daar staat niet meteen een pas klare oplossing onder van eh dan doet u dit of dat.

Interviewer; terwijl ik hoor jullie zeggen voor een aantal problemen zijn er wel degelijk een oplossingen

Respondent 5; ja

stilt

interviewer; waar heeft dat dan mee te maken? Waar zit dat dan in?

Respondent 5; ik denk een ondergeschoven kindje van zo van he

Respondent 4; staat niet voor niks op nummer 9 dan he

hele groep lacht

Interviewer ; en wat bedoel je dan hoog of laag

Respondent 5 ; onderaan de ranglijst

Respondent 4; ja onderaan de ranglijst

Respondent 1; maar goed inderdaad je, we vinden het belangrijk dat ze niet misselijk zijn, dat ze goed naar de wc gaan en dat wordt gewoon een beetje vergeten

Respondent 4 ; maar je vraagt het niet

Respondent 6 ; maar je wil wel dat mensen goed in hun vel zitten. Maar dat komt wel ongeveer als laaste,

Respondent 1; ja maar dat goed in hun vel zitten maar dat relateren we niet gelijk aan seksualiteit.

Hoe voelt u zich, verdrietig.

Respondent 4; ja is altijd feitelijk een hele open vraag die je stelt, die heel ruim is. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het?

Respondent 1; ja hoe gaat het?

Respondent 4 ; ja dan begint de patiënt natuurlijk over bij misselijkheid en weet ik veel wat die komen ook niet meteen he het lukt allemaal niet meer

Interviewer; maar hoe zoem je dan in op de vraag naar seksualiteit

Respondent 4 ; ja dat is een goede...

Respondent 5; bijna niet

Respondent 4 ; nee daar ga je niet zomaar naar toe

Respondent 5 nee

stilte

Respondent 5; het enigste wat ik nog wel heb gedaan maar dat is ook al een tijd geleden richting vermoeidheid. Extreme vermoeidheid en via die weg ben ik toen inderdaad doorvragen doorvragen ,doorvragen en zo bij de die patiënt bij intimiteit terecht gekomen.

Maar dan ben ik ook niet zo inderdaad van o ja en de seks

Interviewer ; de indirecte weg dus

Respondent 5; ja

Respondent 6; heb je nog wel fut voor?

Respondent 5; ja doe je het nog 3 x op een dag ja

Interviewer; ik ben toch benieuwd naar hoe is het met seksualiteit? Worden daar nog andere gesprekstechnische zinnen gebruikt?

stilte

Interviewer; zonder heel duidelijk te vragen doet u het nog 3x per dag?

stilte

respondent 6; nee wel aangeven in de zin van knuffelen en lekker tegen elkaar aan liggen dat dat misschien op dat moment ook wel voldoende is ook wel in de zin van vermoeidheid of het feit dat het niet lukt, Maar dat je daar ook je voldoening uit kan halen en dat daar niks mis mee is.

stilte

interviewer; dat is interessant dat je dit zegt want ik denk dan zit er ook een waardeoordeel aan?

Respondent 6; ik denk dat mensen het misschien wel lastig vinden om te bespreken van dat je allemaal in die tijdschriften leest dat de gemiddelde Nederlander zo vaak per week seks heeft en dat hoeft helemaal niet dat is helemaal niet nodig. Als je ziek bent of kanker hebt dat het ook wel naar het laatste puntje verdwijnt omdat je ook bezig bent met overleven.

Interviewer; en wat kan nou helpen bij het bespreken van seksualiteit?

Respondent 1; een kamertje

Respondent 5; een kamertje, een afwerkkamertje

Iedereen lacht.

Respondent 4; ja dat missen we ja een kamertje

Respondent 4 ; ik heb een kamertje

Respondent 1; nee maar voorheen hadden we beneden op het OD een aparte kamer waarin je dan rustig kon zitten dat duurde dan een kwartiertje of zo denk ik en dan konden ze ook hun verhaal kwijt.

Respondent 4; maar de vraag is dan nog of je als 1e of als 2 of als 3e de vraag zou stellen hoe is het met seksualiteit? Ik denk dat in een kamertje zitten en je riedeltje afwerken en bij seksualiteit vind je het toch lastig en laat je het. Ik weet niet of het kamertje daar de oplossing voor zal zijn.

Interviewer; waarom zeg je dat zo

Respondent 4; omdat ik dat denk

Interviewer; maar dat komt niet zomaar uit de lucht vallen toch?

Respondent 4; ja het zou voor mij in een kamertje niet betekenen dat ik makkelijker over seksualiteit ga praten als in een vierpersoonskamer

Interviewer; oke waar zit hem dat in?

Respondent 4; ik denk ook in opvoeding en in ehm ja is dit het belangrijkste binnen, binnen je ziekteproces.

Interviewer ; maar als je er niet naar vraagt dan weet je het niet

Respondent 4 ; nee dat weet je niet nee dat klopt. En de band die je hebt met de patiënt. Je bent een beetje een vreemde. Je kunt vanuit je professionaliteit zeggen het is een dingetje maar daar gaan we het gewoon over hebben maar ja ga je aan een wildvreemde op straat ook niet vragen

Interviewer; nee dat klopt

Respondent 3; ja dubbel wel ja wat je zegt vanuit professioneel oogpunt zou je het gewoon moeten kunnen vragen maar aan de andere kant vind ik je hebt een klik met iemand of je hebt het niet. Maar dan zou je alleen maar aan degene met wie je een klikt vragen

Respondent 4; hier kan het daar zou je het vragen en aan de ander niet dat is ook raar. Ja dat is ook niet helemaal fair natuurlijk als dat zo zou zijn, maar het maakt wat uit, het maakt wat uit.

Maar ik vraag me echt zwaar af of het waar is als je in een kamertje zit dat je die vraag dan wel stelt.

Interviewer; ik denk dat dat een terechte vraag is

Interviewer; wat zou er dan nog meer nodig zijn? Of anders nodig zijn?

Respondent 4; ik denk meer een mindset bij de vpk het belang over het onderwerp wat voor belang heeft het bij de patiënt om dat te bespreken en de ruimte niet de werkelijke ruimte maar de ruimte die je als vpk geeft om het daarover te hebben. We hebben het allemaal heel druk maar kunnen ook druk doen.

Interviewer; en en eh

Respondent 2; misschien ook iets van meer informatie of zo voor de patiënt van. Net zo goed als ze informatie krijgen over wat te doen bij misselijkheid misschien ook daarover meer informatie over.

Interviewer; ; zeg je daarmee dat informatiemateriaal meer als er dat al is uitgebreider mag?

Respondent 2; ja

Respondent 5; ja

Respondent 2; ja want dat opent voor de patient ook meer bespreekbaar maken, ik weet het niet hoor

Interviewer; ja?

Respondent 6; ja ik zat te denken als er ergens een folder zou zijn of dat hij bijvoorbeeld op tafel ligt naast de folders van lotgenotencontact en voeding dat daar een folder ligt over welke instanties te benaderen zijn od dat het dan sowieso dat het voor de patiënt makkelijker is om een folder mee te nemen dat wil ik niet zeggen dat ze alle wijsheid uit die folder moeten halen. Daar zou je op kunnen zetten dat een gesprek met een verpleegkundige altijd mogelijk is of ja dat je op die manier al een klein stukje van een drempel weg haalt. Nee je moet ze niet met een foldertje naar huis sturen. Maar er liggen allerlei folders op de kamers, maar zoiets ontbreekt wel.

Interviewer; hmmm

Respondent 6; of dat die er niet zijn, dat weet ik niet

Respondent 5; in het EZ hangt het gewoon in het informatiebord. Seksuoloog

Respondent 6 hier bij ons dan?

Respondent 5 ; nee in het ez

Respondent 6; bij ons dus niet?

Respondent 6; in die zin kun je ook voor wat meer openheid zorgen als je er gewoon zelf al meer iets eh over laat weten.

Interviewer; hmm

Interviewer; dus eigenlijk hoor ik zeggen er zijn een aantal dingen belangrijk. Privacy waarborgen, toch de informatie richting de patiënt toe uitbreiden, de gespreksvaardigheden van de verpleegkundigen en de mindset van de verpleegkundigen daarin. Daar iets mee doen?

iedereen knikt

interviewer; in hoeverre is opleiding daarvan invloed?

Respondent 4; ik weet niet perse of het in opleiding zou moeten zijn. mogelijk zou je het ook in een intervisie kunnen gieten. Ik weet niet of een opleiding is eh natuurlijk ja. We hebben allemaal les gehad van een seksuoloog he allemaal. Dat heeft ons niet gemaakt dat wij makkelijker met het onderwerp omgaan. Dus ik denk dat het met elkaar erover hebben dat meer zou kunnen opbrengen

elkaar op aanspreken waarom wordt het wel of waarom wordt het niet besproken dat we daar meer mee opschieten dan les.

Interviewer; hoor ik jou daarmee zeggen dat het niet zo zeer zit in kennisgebrek als persoonlijke belemmeringen?

Respondent 4; mag ik zeggen dat ik dat denk ja, ja dat denk ik, hahah

Interviewer; maar anderzijds hoor ik wel aan de andere kant data kennis mogelijk ook aangevuld zou moeten worden.

Respondent 4; maar voor mij niet zo zeer maar dat is dan ook persoonlijk

Interviewer; ja

Respondent 2; als ik kijk ik heb pas de oncologieopleiding gehad en dan komt het best uitgebreid aan bod.

Interviewer; ja

Respondent 2; ja, maar dan nog

Respondent 6; maar doe je daar dan vervolgens iets mee

Respondent 2; ik zei al maar dan nog is het moeilijk en dan worden die dingen ook gezegd wat houdt het tegen en al ja dus eigenlijk wordt het wel uitgebreid besproken bij de oncologieopleiding

Interviewer ; maar goed dat is natuurlijk 1 van de topics de vraag in hoeverre het bij opleidingen aan bod komt. Bij respondent 2 is het uitgebreid aan bod geweest. Als ik kijk naar mijn eigen opleiding is dat niet. Ik weet niet hoe dat bij jou is respondent 4?

Respondent 4 ; bij mij wel

Respondent 2; maar dan nog maakt het dat ik er niet makkelijk over praat, maar dat is de persoon die ik ben.

Interviewer ; precies

Respondent 2; in mijn hoofd denk ik het allemaal maar dan, gelach van respondent 2.

Interviewer ; ligt het dan eh ook niet zo zeer aan het wel bespreekbaar willen maken maar niet goed weten hoe?

Respondent 2; ook.

Interviewer; oke

Respondent 2; eigenlijk gewoon weten wat voor openingszin kan ik gebruiken, hoe ga ik ...,dat zou fijn zijn.

Respondent 4; wat ziet u er afgewerkt uit vandaag

iedereen lacht

Respondent 5; en afgelebbberd

Respondent 2; dat zou voor de patiënt misschien wel heel fijn zijn

Respondent 5; vrijdagmiddag

Respondent 2; maar dat voor de patiënt wel een opening zijn

Interviewer; gezien de tijd, daar kijk ik even naar. eh als ik even mag samenvatten, we hebben het gehad over belemmeringen en er zijn een aantal dingen genoemd, privacy, normen en waarden, kennis, drukte, tijd, tijd en plaats zijn een aantal dingen. We hebben het gehad over wat je nodig hebt om het bespreekbaar te maken. Dat raakt dat ook weer een beetje aan ook weer die privacy ook weer die kennis. En voor de verdere rest heel interessant het komt tijdens de opleiding wel aan bod en ik hoor jullie zeggen we hebben zelf ook een nascholing gehad van seksuoloog maar toch heeft dat daarin onze manier niet echt veranderd. ehhm dat gegeven die dingen die besproken zijn, zijn er dan nog dingen die jullie willen aandragen aan nou wel heel belangrijk maar daar hebben we het niet over gehad?

Er wordt nee geschud en gehumd.

Inteerviewer; of dat je achteraf gezien daar hadden we dieper op in moeten gaan

Wederom weer nee geschud.

Inteerviewer; wat vinden jullie van het belang van het onderwerp?

Respondent 4; het is wel belangrijk, het is wel een belangrijk onderwerp denk ik. Net wel even zo waarom hebben we het wel over misselijkheid en vermoeidheid en andere dingen en het is ook wel

grappig Mandy, ook wel een compliment hoor, dat jij de eerste bent die echt zo'n onderwerp durft uit te kiezen. De meeste gaan echt voor een onderwerp ja ja

Respondent 1; veilig.

Respondent 4; ja veilig ja veilig. Dit onderwerp is wel noodzakelijk om hier iets aan te doen, maar wat gewoon nog niet helemaal happy bij voelen.

Interviewer; stel he nou loop ik op de zaken vooruit, je gaat daar als team iets mee doen? Hoe gaat dat proces lopen denken jullie?

Respondent 5; nou ik denk wel dat dat lastig gaat worden, in die zin van je merkt dat de druk op sommige dagen hoog is op de chemo kamer je mist denk ik ook een stukje beginsituatie nu er een deel naar de poli is gehaald. Dus ik denk dat je daar al wel ja ik merk wel als ik voor mezelf praat dat ik daar wel een stukje in mis. Zo van het hele traject en dat is dat stukje met de band opbouwen en als je dan praat hoe pak je dat aan op de afdeling ik denk dat dat wel lastig is. Het rouleer systeem de hoge roulatie die we hebben.

Respondent 4 ja dat snap ik wel maar dat betekend niet dat je niet de patiënt moet onthouden van goede zorg dit stuk wat erbij hoort.

Respondent 5; maar ik onthoudt hem er niet van he

Respondent 4 ; nee maar goed het wordt dan niet besproken

Respondent 5; ik denk dat het daar al in een heel vroeg traject al wordt besproken denk ik en als er echt problemen komt dan zien ze vaak het traject

Interviewer; maar wat als dat niet is

Respondent 5; ik ga ervanuit dat het bij de chemo check besproken wordt daar ga ik vanuit

Respondent 4; maar bij een chemo check wordt alles besproken maar toch stel jij de vraag aan de patiënt hoe is het met de misselijkheid, hoe is het met de vermoeidheid en hoe gaat het maar ga je niet door op seksualiteit, ik ook niet hoor daar gaat het niet om.

Respondent 5 ; ik stel ook niet eens de vraag meer he wat jij nou zegt dat klinkt heel raar, maar ik ga in op het geen wat de arts of de vpk op de poli heeft geschreven. Daar ga ik vaak op in als daar actie op zijn ondernomen

Respondent 4; ah oke

Respondent 5; al wat ze 2 dagen geleden al hebben besproken met de arts of verpleegkundigen. Ik heb liever andere dingen die ze bespreekbaar maken dat ze al hebben gehad.

Respondent 5; eigenlijk zou het mooi zijn als de arts in het WHO score zou hebben seksualiteit 0- tot en met 3 bij wijze van.

Respondent 4; maar dan nog moeten wij het oppikken

Respondent 5; ja maar dan pik je het wel sneller op want dan heb je gelijk die openingsvraag ik zie dat je een 3 hebt gescoord bij seksualiteit

Respondent 4 ; ja dat maakt het voor ons makkelijk

Interviewer; en aan deze kant?

Respondent 3; ja ik denk dat het wel een hele goede is wat respondent 5 zegt. Wij doen als vpk ook poli, dan zit je wel 1 op 1 maar dan ligt het natuurlijk wel aan een beetje wat voor mensen zich bij zich hebben of het ouders zijn, of kinderen of wat dan ook.

Respondent 4; wordt die vraag, ik weet het niet he, die toxiciteitslijst daar staat seksualiteit niet op? Je ondervangt een hele hoop maar niet seksualiteit

Respondent 3 ; ja maar dat zou dus goed zijn om dat daar te bespreken want je zit met vpk want de drempel is hoger bij een arts dan een vpk. Je zit 1 op 1.

Interviewer ; hoor ik jou nou zeggen dat dit explicieter opgenomen zou moeten worden in checklists.

Respondent 3 ; ja misschien is dat wel goed en misschien is het ook goed dat ze een lastmeter in moeten vullen thuis zodat je daarop in kan gaan. Ik zie dat je score, dan bespreek je eerst de andere dingen en dan heb je de overgang op seksualiteit heb je dit gescoord.

Respondent 5; ik merkte inderdaad op de lastmeter staat seksualiteit wel besproken en dan alleen maar ja en nee maar dat is wel een mooie openingsvraag om het gesprek aan te gaan.

Respondent 3 ; ja want je gaat niet zomaar uit het niets ja en waarom niet dat is gewoon zo ja en dan heb je al op een bepaalde manier wel een ingang. Ja dat is misschien wel een goede.

Respondent 2; ja dan ook wel praktische tips of zo als iemand een stoma heeft
geboor, verstoring

Goed volgens mij is alles aan bod geweest. Ik denk dat alle topics zijn besproken.

Dus ik wil jullie ontzettend bedanken voor deelname aan de focusgroep. Ik ga dit letterlijk uittypen met geboor. En ehm daar ga ik een samenvatting van maken en die krijgen jullie via de mail. Mochten daarin punten in staan waarvan je denkt dit heb ik niet zo bedoeld dan hoor ik dat graag want anders is dit een belemmering in mijn onderzoek. Aryan bedankt voor je rol vandaag.

Nogmaals ontzettend bedankt en fijn weekend zou ik zeggen.

Bijlage G Codeboom focusgroep

Codeboom focusgroep 12-10-2018		
#1 #4 #2 #5 #3 #6		
Fragment	Open codering	Topic
Niet altijd makkelijk, wel met intakegesprekken automatisch aan bod #2	Niet makkelijk, aan bod tijdens intakegesprekken	Communicatie
Makkelijker om het bij jonge mensen te doen dan als bij ouderen #2	Liever jongeren dan ouderen	Communicatie
Eigen waarden en normen #2	Van huis uit	Normen en waarden
Nu wij geen intake gesprekken meer hebben minder snel aan bod komt #5	Geen intakes, minder aan bod	Communicatie
Weinig privacy vind ik om het bespreekbaar te maken #5	Bespreekbaar & privacy	Privacy
Heb ik al iets over gelezen daar speel ik op in #5	Daar speel ik op in	Communicatie
Maar ik zou inderdaad niet zo spontaan gaan bespreken #5	Spontaan bespreken	Communicatie
Ik spreek niet zo vaak over seksualiteit meer over intimiteit #5	Spreek niet over seksualiteit, intimiteit	Kennis
Is toch wel iets waarvan je vind dat eh	Privacy van mensen	Normen en waarden

met name een privacy ding is van mensen #4		
Waarvan je best wel dichtbij komt als je het daarover hebt #4	Dichtbij komen	Vertrouwensband
Ik vond het in het verleden dat ik een intakegesprek deed ook altijd wel moeilijk om het te bespreken #4	Intakegesprek, moeilijk te bespreken	Communicatie
Het was meestal de patiënt die dan de vraag stelde hoe zit het dan nu eigenlijk #4	Patiënt zelf over beginnen	Communicatie
Zelf over beginnen vind ik altijd een lastige #4	Zelf beginnen	Communicatie
Nou je die intakegesprekken niet meer hebt heb je ook niet meer die band opgebouwd #1	Opbouwen band tijdens intakegesprek	Vertrouwensband
Jouw patiënten waardoor je meer een band hebt en ook eerder terug kan komen #1	Jouw patiënt, eerder terug komt op	Vertrouwensband
En normaal als mensen je iets al verteld hebben als er problemen zijn of..maar je hebt iets	Al iets verteld hebben	Communicatie

om op terug te grijpen #1		
Ik vind privacy ook wel een groot dingetje #3	Privacy, dingetje	Privacy
Omdat wij rouleren zien wij niet iedere keer standaard dezelfde patiënten #3	Rouleren, steeds andere patiënten	Vertrouwensband
Als ik een patiënt bijna nog nooit heb gezien dan vind ik echt toch wel een hele drempel om daar naar te vragen #3	Drempel om naar te vragen	Vertrouwensband
Iets best wel innigs bespreekt #3	Innigs bespreken	Waarden en normen
Bij de intakegesprekken probeert ik het altijd wel te koppelen aan cave excreta #6	Cave excreta koppelen	Communicatie
Maar het lag ook wel ook wel aan het gezelschap waarmee je het intakegesprek plaats vond #6	Gezelschap intakegesprek	Privacy
Want ik vond altijd als er kinderen bijzaten om dat te bespreken of dat hun ouders nog seks hebben is ook wel een beetje ehm ja gek vond ik dat altijd #6	Bespreken in het bijzijn van kinderen, gek	Waarden en normen

Ik vind echt het gebrek aan privacy op een meerpersoonskamer #6	Gebrek aan privacy, op kamer	Privacy
Ik denk ook dat gebrek aan privacy mensen dat tegen houdt om ehm er zelf over te beginnen #6	Patiënt zelf over beginnen	Privacy
In ieder geval mijn kennis niet zo groot is #6	Kennis niet zo groot	Kennis
ehm waar je de wegen moet bewandelen om die mensen iets van een handvat te reiken #6	Wegen bewandelen	Kennis
Hoop ik dat ik tijd zou hebben om ehm dingen voor hun op te zoeken of eh met ze daarover te hebben #6	Tijd hebben om het erover te hebben	Kennis
Dan ga ik op zoek naar waar ga ik iemand naar doorverwijzen #4	Op zoek naar doorverwijzen	Kennis
Met google kun je voldoende vinden om iemand door te verwijzen of binnen het ziekenhuis heb je ook mensen #4	Vinden om door te verwijzen	Kennis
Wat ik zeg het lijkt wel steeds meer een taboe #5	Steeds meer taboe	Waarden en normen

Het wordt niet open besproken op de een of andere manier en dan vooral bij jongeren #5	Open bespreken bij jongeren	Communicatie
Wat je leest in de oncologica dat het wel een probleem is maar dat het nog steeds een ondergeschoven kindje is. #5	Ondergeschoven kindje	Kennis
Ik denk van beide zijde, niet alleen van ons uit, maar dat een patiënt het ook niet snel zal bespreken #5	Patiënt niet snel zal bespreken	Communicatie
Omdat het voor ons ook wel een lastig onderwerp is #1	Lastig onderwerp	Waarden en normen
Ik vind echt de band met de patiënt #3	Band met patiënt	Vertrouwensband
Wat ik al zei eigen waarden en normen, hoe sta je erin #2	Eigen waarden en normen	Waarden en normen
Als je zelf al niet open bent in dat soort dingen te bespreken dan is het sowieso met een vreemde al helemaal moeilijk #2	Niet open zijn om te bespreken	Waarden en normen
Vanuit je professionaliteit zou je het wel moeten doen en zou je het gewoon	Professionaliteit doen en opzij schuiven	Waarden en normen

opzij moeten schuiven #4		
Er wordt altijd een beetje lacherig over gedaan #1	Lacherig over gedaan	Waarden en normen
Ik soms ook zie hoe sommige collega's best wel eens dingen vragen aan patiënten dan denk ik wooh maar die kunnen op de een of andere manier dat gewoon doen #2	Aankaarten	Communicatie
Ik zou niet eens weten hoe ik dat in moet kleden #2	In moet kleden	Communicatie
Vanuit haar achtergrond #6	Achtergrond	Kennis
Dat is een competentie op welke manier jij zaken kan bespreken #4	Competentie bespreken van zaken	Communicatie
Je moet ook wel een bepaalde klik hebben met een patiënt. #5	Klik met patiënt	Vertrouwensband
Ik vind privacy meer van belang dan communicatieve vaardigheden #4	Privacy en communicatieve vaardigheden	Privacy
Ik denk als mensen het zouden willen bespreken #6	Mensen willen bespreken	Communicatie

Het feit dat wij constant heen en weer lopen, dat er pompen gaan, dat de telefoon gaat, collega aan je jas te trekken dat het voor hun ook een belemmering is #6	Op en neer lopen, ook voor hun een belemmering	Privacy
Dat het voor hun al een belemmering gaat zijn als ze zien dat je alleen maar van hot naar her vliegt en allerlei verstoringen hebt, dat ze dan denken ik ga dat nou maar niet vragen #6	Belemmeringen om te bespreken door verstoring	Privacy
Rust is ook belangrijk #6	Rust belangrijk	Privacy
Niemand praat sowieso openlijk over zijn seks leven laat staan als je er al problemen mee hebt #3	Niet praat open over seks leven	Communicatie
In zo'n intake gesprek heb je een aanleiding want hij krijgt chemo en dan benoem je dat en dan heb je voor jezelf al een ingang #2	Aanleiding	Communicatie
Als ik bij een patiënt op de kamer kom en ik heb dat stukje	Bespreekbaar maken mist een stuk	Communicatie

helemaal niet nou dan zou het voor mij echt wel moeilijker zijn om het bespreekbaar te maken #2		
Waarom vraag je niet hoe het met iemand seksualiteit is? Ja omdat het gewoon heel moeilijk onderwerp is #1	Heel moeilijk onderwerp	Communicatie
Wat je van thuis uit hebt meegekregen, bij mijn thuis werd nooit over seks gesproken of wat dan ook of voorlichting in die zin en ik merk dat ik dat zelf ook wel heb meegekregen #2	Thuis meegekregen	Normen en waarden
Ik vind het best moeilijk om daar open over te praten #2	Open over praten	Communicatie
Wat voor soort patiënt heb je tegenover je #2	Soort patiënt begin je het gesprek	Waarden en normen
En wat voor manier begin je dat gesprek en dat is ook een stuk wat je vanuit jezelf meeneemt #2	Begin je dat gesprek	Communicatie
Die andere benoemen echt dingen dat ik denk, daar krijg ik	Rode oren	Waarden en normen

rooie oren van bij wijze van spreken #2		
Ik denk ook misschien dat het ook wel een stukje mee te maken heeft hoe dat er bij jou thuis aan toe is gegaan en hoe je daar zelf in staat #3	Hoe er thuis aan toe gaat	Waarden en normen
Ik denk dat mensen een drempel over moeten voordat ze dat bij je neerleggen #6	Drempel over moeten	Waarden en normen
Het rapportagesysteem draagt niet bij aan dat collega's kunnen op pakken waar de vorige is blijven steken #6	Rapportagesysteem	Communicatie
Ik denk dat de drempel om het te bespreken naar de dokter toe nog hoger is dan bij ons neer te leggen #6	Drempel bespreken	Communicatie
Staat niet voor niks op nummer 9, onderaan de ranglijst #4	Onderaan de ranglijst	Kennis
Goed in hun vel zitten maar dat relateren we niet gelijk aan seksualiteit #1	Goed in hun vel en seksualiteit	Kennis
Ik denk dat mensen het misschien wel	Lastig vinden	Communicatie

lastig vinden om te bespreken #6		
Ook wel laatste puntje omdat je bezig bent met overleven #6	Laatste puntje	Kennis
Voor mij in een kamertje alleen betekent niet dat ik makkelijker praat over seksualiteit als in een vierpersoonskamer #4	Makkelijk praten alleen	Privacy
Ja is dit het belangrijkste binnen je ziekteproces? #4	Ziekteproces	Kennis
Je kunt vanuit je professionaliteit zeggen het is een dingetje maar daar gaan we het gewoon over hebben maar je gaat aan een wildvreemde op straat ook niet vragen #4	Professionaliteit, over hebben	Communicatie
Vanuit professioneel oogpunt zou je het gewoon moeten kunnen vragen #3	Professioneel oogpunt	Waarden en normen
Ik denk meer een mindset bij de vpk het belang van het onderwerp wat voor belang heeft het bij de patiënt om dat te bespreken #4	Mindset vpk, belang	Kennis

De ruimte die je als vpk geeft om het daarover te hebben #4	Erover hebben	Communicatie
Meer informatiemateriaal voor de patiënt want dat opent voor de patiënt ook meer bespreekbaar maken #2	Informatiemateriaal & bespreekbaar maken	Communicatie
Voor de patiënt is het makkelijker om een folder mee te nemen. Daar zou je op kunnen zetten dat een gesprek met een verpleegkundige altijd mogelijk is, dan heel je die drempel al een klein stukje weg #6	Folder, drempel	Communicatie
In die zin kun je ook voor wat meer openheid zorgen als je er gewoon zelf al meer iets over laat weten #6	Openheid, meer iets laten weten	Kennis
We hebben allemaal les gehad van een seksuoloog heeft niet gemaakt dat we makkelijker met het onderwerp omgaan #4	Les van seksuoloog praten	Kennis
Door het met elkaar erover hebben zou meer op kunnen	Wel of niet bespreken, aanspreken	Normen en waarden

brenge, elkaar op aanspreken waarom wordt het wel of waarom wordt het niet bespreken #4		
Het komt uitgebreid aan bod in de oncologie opleiding #2 & #4	Oncologie opleiding	Kennis
Maar dan nog maakt het dat ik er niet makkelijk over praat, maar dat is de persoon die ik ben #2	Niet makkelijk over praten. De persoon die ik ben	Communicatie
Ik moet eigenlijk gewoon weten welke openingszin kan ik gebruiken, dat zou fijn zijn #2	Openingszin	Communicatie
Het is een belangrijk onderwerp #4	Belangrijk onderwerp	Kennis
Dit onderwerp is noodzakelijk om hier iets aan te doen, maar wat gewoon nog niet helemaal happy bij voelen #4	Noodzakelijk onderwerp, gevoel	Kennis
Ik ga in op hetgeen wat de arts of vpk op de poli heft besproken, Daar ga ik vaak op in als daar acties op zijn ondernomen #5	Poli acties ondernemen	Communicatie

Het zou mooi zijn als de arts in het WHO score zou zetten bij wijze van dan pik je het sneller op want t dan heb je gelijk die openingszin. #5	Arts/ openingszin	Communicatie
--	-------------------	--------------

Topics voor de semigestructureerde diepte interview;

- Communicatie
- Kennis
- Normen en waarden
- Privacy
- Vertrouwensband

Bijlage H Topiclijst 1 semigestructureerd interview

Topic lijst semigestructureerd interview oncologieverpleegkundige

Er is gekozen semigestructureerde interviews. Vanuit de focusgroep zijn er topics uitgekomen die nu uitgediept worden tijdens de interviews. Deelname aan het interview is gebaseerd op wie vandaag moest werken.

Ik heb gekozen voor het onderwerp seksualiteit omdat ik merk dat dit niet een standaard gespreksonderwerp is tijdens de behandeling. Seksualiteit valt onder de 9 gezondheidspatronen van Gordon. Echter is dit punt vaak niet ingevuld, maar is niet ingevuld ook niet besproken? Seksualiteit is iets wat je doet en niet iets waar je makkelijk over praat. Door middel van dit onderzoek wil ik gaan kijken naar welke ervaringen de oncologieverpleegkundige hebben bij het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten om zo tot handvatten aanbieden aan de opdrachtgever, om het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie te borgen binnen het behandeltraject op het oncologisch dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden.

Algemene vragen

- Leeftijd
- Werkervaring als verpleegkundige
- In welk jaar oncologieopleiding gehaald

Topics

Communicatie

- Wat is jouw ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit?
- Wat is de aanleiding voor jou om seksualiteit te bespreken? Moet er altijd een aanleiding zijn om het te bespreken? Wanneer bespreek jij het?
- Hoe bespreek jij seksualiteit? Openingszin?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van het bespreken van seksualiteit?
- Wat heb jij nodig op het vlak van gesprekstechnieken/ communicatie om seksualiteit te bespreken?

Kennis

- Heb jij voldoende kennis over seksualiteit om dit te kunnen bespreken?
- Wat voor belang heeft het bespreken van seksualiteit voor de patiënt?
- Welke punten bespreek jij omtrent seksualiteit?

Waarden en normen

- Hoe kunnen waarden en normen van invloed zijn bij het bespreken van seksualiteit? Kan dat een belemmering zijn?
- Welk gevoel geeft het bespreken van seksualiteit jou?

Privacy

- Zijn er voorwaarden/ omstandigheden nodig voor het bespreken van seksualiteit? (verstoringen, samenstelling groep)

Vertrouwensband

- Uit de focusgroep kwam naar voren dat er een vertrouwensband/ klik moet zijn met de patiënt, hoe is dat voor jou?

Topiclijst 2 semigestructureerde interviews

Topic lijst Semigestructureerd interview oncologieverpleegkundige

Er is gekozen semigestructureerde interviews. Vanuit de focusgroep zijn er topics uitgekomen die nu uitgediept worden tijdens de interviews. Deelname aan het interview is gebaseerd op wie vandaag moest werken.

Ik heb gekozen voor het onderwerp seksualiteit omdat ik merk dat dit niet een standaard gespreksonderwerp is tijdens de behandeling. Seksualiteit valt onder de 9 gezondheidspatronen van Gordon. Echter is dit punt vaak niet ingevuld, maar is niet ingevuld ook niet besproken? Seksualiteit is iets wat je doet en niet iets waar je makkelijk over praat. Door middel van dit onderzoek wil ik gaan kijken naar welke ervaringen de oncologieverpleegkundige hebben bij het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten om zo tot handvaten aanbieden aan de opdrachtgever, om het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie te borgen binnen het behandeltraject op het oncologisch dagcentrum ETZ, locatie TweeSteden.

Algemene vragen

- Leeftijd
- Werkervaring als verpleegkundige
- In welk jaar oncologieopleiding gehaald

Topics

Communicatie

- Wat is jouw ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit?
- Bespreek jij seksualiteit makkelijk?
- Wat is de aanleiding voor jou om seksualiteit te bespreken? Moet er altijd een aanleiding zijn om het te bespreken? Wanneer bespreek jij het?
- Hoe bespreek jij seksualiteit? Openingszin?
-
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van het bespreken van seksualiteit?
- Wat heb jij nodig op het vlak van gesprekstechnieken/ communicatie om seksualiteit te bespreken?

Kennis

- Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt over seksualiteit?
- Hoe belangrijk denk jij dat patiënten het bespreken van seksualiteit vinden?
- Welke punten bespreek jij omtrent seksualiteit?

Waarden en normen

- Hoe kunnen waarden en normen (opvoeding) van de verpleegkundigen van zijn bij het bespreken van seksualiteit? Kan dat een belemmering zijn?
- Heeft de leeftijd van de patiënt invloed op het bespreken van seksualiteit voor jou?
- Welk gevoel geeft het bespreken van seksualiteit jou?

Voorwaarden

- Zijn er voorwaarden/ omstandigheden nodig voor het bespreken van seksualiteit? (verstoringen, samenstelling groep)

Vertrouwensband

- Uit de focusgroep kwam naar voren dat er een vertrouwensband/ klik moet zijn met de patiënt, hoe is dat voor jou?

Bijlage I Interviews en memberchecks

Interview 1. Respondent #7.

Dit is mijn eerste interview respondent 7. Dus aan jou de eer. Hier is het informed consent formulier, is eigenlijk een toestemmingsformulier, waarin je akkoord gaat met het onderzoek. Je kan ten alle tijden aangeven als je niet meer wilt deelnemen aan het onderzoek.

Prima, dat teken ik zo meteen.

Ik heb afgelopen vrijdag mijn focusgroep gehad en naar aanleiding daarvan heb ik topics gemaakt, gespreksonderwerpen eigenlijk en daar vragen over gemaakt. Zoals je weet gaat mijn onderwerp over seksualiteit. Hoe ervaren oncologie verpleegkundigen het bespreken van seksualiteit op het oncologisch dagcentrum. Je kent mijn onderzoek eigenlijk.

Ja, prima.

Dan wil ik eerst even de algemene vragen beantwoorden en dan de topics bespreken. De topics zijn communicatie, kennis, normen en waarden, privacy en vertrouwensband.

Is goed.

Oké, jouw leeftijd?

35 jaar.

Je werkervaring als verpleegkundige?

Nu 5 jaar op de oncologie afdeling, daarvoor in de thuiszorg gezeten en daarvoor in het Jeroen Bosch. Ik ben in 2012 mijn HBO gehaald.

Wanneer heb jij je oncologie opleiding afgerond?

2 jaar geleden.

Goed, gaan we naar de 1e topic, communicatie. Wat is jouw ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit?

Wordt niet altijd gedaan op de afdeling, uhm, er wordt ook niet altijd naar gevraagd. Dus ik denk dat het daarom snel wordt overgeslagen.

Ja en eh is er een reden dat er niet altijd naar wordt gevraagd?

Omdat het een beetje taboe is denk ik en heel privé is voor mensen.

Wat maakt het dan privé?

Omdat het een intiem stukje is denk ik, tenminste dat lijkt mij tenminste.

Ja ja, praat jij er makkelijk over?

Niet makkelijk, maar ik bespreek het wel.

Wanneer bespreek jij het?

Tijdens intakegesprekken, of aan bed als mensen daar he. Het is maar 1x voorgekomen dat mensen het echt aan bed vroegen hoe of wat.

Dat zij aan jou vroegen ik heb hier een vraag over?

Ja ja dat is eigenlijk niet besproken en toen kwamen ze er eigenlijk op terug van tijdens de intake is het niet besproken. Dus toen heb ik het 1x aan bed besproken. Maar eigenlijk voor de rest. Voor de rest alleen maar tijdens een intakegesprek.

Oké, dus je moet er wel een aanleiding voor hebben?

Ja

Jij zegt tijdens een intakegesprek is er een aanleiding voor.

Ja maar dan heb ik het wel best kort. Over condoom gebruik en dat ze wel mogen zoenen bijvoorbeeld dat maar niet echt heel diep, uitgebreid.
Je stipt het kort aan.
Ja
Oke, oke. Heb jij een bepaalde openingszin om erover te beginnen?
Nee eigenlijk niet
Oke. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid over het bespreken van seksualiteit vind jij?
Bij ons want wij geven de voorlichting.
Ja, bij een intakegesprek? Of bij?
Of bij de arts, trouwens niet helemaal denk ik. Nee, ik vind dat echt iets voor een verpleegkundige.
Echt iets voor de verpleegkundige dus?
Ja
Wat heb jij nodig op het vlak van gesprekstechnieken / communicatie rondom seksualiteit?
Ik denk hoe je het een beetje luchtiger kunt brengen misschien.
Met gesprekstechnieken of wat bedoel je er precies mee?
Ehhm nou ja een gesprekstechniek dat je het kunt brengen op een bepaalde manier. Een voorbeeld.
Een voorbeeld dus?
Ja hoe je of een openingszin bijvoorbeeld.
Ja ja.

Ja of een soort van grapje, gewoon luchtiger brengen, ja ik weet niet.

Dat je het makkelijk kan bespreken.

Jaja, want ik kan me ook voorstellen als iemand tegenover je zit en een wildvreemde gaat vragen hoe is het met je seksleven dat je dan ja.

Ja dat klopt, uit de literatuur kwam dit ook naar voren dat als je het op een bepaalde manier inkleed dat het dan makkelijker te bespreken is dan er plompverloren naar vragen.

Ja ja zoiets ja.

Oke, ehm dit waren de vragen rondom communicatie. Jij geeft aan van dat ehm dat de aanleiding die je hebt dat het vaak het intakegesprek dat je het dan bespreekt.

Ja.

Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige, die het moet bespreken, ehm wat betreft gesprekstechnieken zeg je zou het fijn zijn hoe je het bespreekt. Eigenlijk een voorbeeldzin/ openingszin dat het wat luchtiger maakt.

Ja, ja en dat de patiënt niet overvallen wordt met de vraag.

Dat het gestroomlijnd verloopt?

Ja, dat het niet pats boem wordt besproken.

Ja, heb jij, je gaf het daarstraks eigenlijk al aan, heb jij voldoende kennis om over seksualiteit te spreken?

Ik denk op zich wel, ja.

Oké. Heb jij het belang van het onderwerp van het bespreken van seksualiteit voor de patiënt?

Wat bedoel je?

Dat ehm wat voor de patiënt kan uitmaken dat je het bespreekt. De informatie die jij geeft van belang is voor de patiënt.

Nou ja je hebt het wel over ontlasting en plassen dus waarom dat eigenlijk niet?

Ja dat klopt.

En dan denk ik ook want dan merk je eigenlijk ook dat het een taboe is want eh ze weten dat het in de uitscheiding zit.

Ja.

Dus ja, ja.

Ja dat maakt het moeilijk. Je gaf het net al aan welke punten jij bespreekt rondom seksualiteit is dus het condoom gebruik en dat je wel mag vrijen. Zijn er nog andere punten die jij bespreekt?

Knuffelen, maar ook met kleinkinderen, dat vind ik wel een heel belangrijk ding en eh ja dat eigenlijk gewoon kan.

Oké prima. Helemaal goed. Dat kwam ook uit de focusgroep naar voren, er werd met name gesproken over waarden en normen. Ehm ja denk jij dat waarden en normen van invloed kunnen zijn bij het bespreken van seksualiteit.

Ja dat kan denk ik wel ja, zeker met geloofsovertuiging dat je dat niet met een wildvreemden gaat bespreken.

Ja dat klopt, maar ik bedoel meer voor de verpleegkundigen.

Dat ook, dat denk ik ook wel. Als je echt een bepaalde achtergrond hebt waarvan ja ja dat kan ik me wel voorstellen.

En vind je dan dat je zegt vanuit professioneel oogpunt, wij zijn hiervoor opgeleid wij moeten dat bespreken, want het is een taak van de verpleegkundige zeg jij, maar toch gebeurt het niet. Heb je enig idee waar dit dan aanligt?

Eh waar het aan ligt? Ik denk **toch het taboe**, ergens.

Dat wij er een taboe van maken bedoel je?

Ja en gewoon **ook niet weten hoe je het bespreekt.**

Oké waar je op doorvraagt of wat je...?

Of **hoe je het brengt.**

Dus echt die gesprekstechnieken?

Je kunt het ook heel kort zeggen, maar je bent misschien ook bang om vragen terug te krijgen.

Dus je stipt het aan en dan punt.

Ja, ik denk ook wel voorbeeld voor patiënten het makkelijk maakt als je die kunt geven.

Ja ja oké. Welk gevoel geeft jou het bespreken van seksualiteit?

Verlegenheid!

Jaja, zou dat veranderen als je meer kennis en gesprekstechnieken krijgt?

Ja dat denk ik wel, ja deels.

Dat zit misschien ook wel in de normen en waarden waar we het net over hebben gehad.

Ja, het blijft een moeilijk onderwerp, seksualiteit is iets wat je doet en niet iets waar je makkelijk over praat.

Ja, dat vind ik ook. **Patiënten ken je niet.**

Nee, dat kwam ook in de focusgroep naar voren. De vertrouwensband, de klik. Maar goed iemand, dus eh de intake is gedaan en vervolgens zie je ze 2 weken terug maar dan wordt er toch niet makkelijk besproken.

Nee en zeker niet op een vierpersoonskamer dan ga je het al helemaal niet bespreken of ze moeten er als eerste zijn of zo.

Ja

Gordijntje dicht sluiten heeft ook geen zin. Dus eigenlijk is de intake het eerste of als ze op de poli komen.

Ja want bespreek je het op de poli?

Nee, twijfelachtig. Niet als ze op controle komen? Nee heb ik eigenlijk niet eens aan gedacht.

Daar hebben we het ook over gehad, het staat ook niet op de toxiciteitslijst en die bespreek je eigenlijk op de poli en dat is het. Het is geen vast onderdeel van gesprek.

Ja maar dat zegt er misschien ook wel iets over.

Ja die vertrouwensband en die klik eh maar er zijn ook mensen die je maar 1x ziet en dan heb je geen band mee en toch?

Toch moet je het vragen maar dat is dan die professionaliteit denk ik waar je het dan op moet gooien en je eigen waarden en normen aan de kant moet zetten.

Maar ik vind het ook moeilijker als iemand bijvoorbeeld met zwarte kousjes bijvoorbeeld binnen komt om het dan te bespreken.

De samenstelling van de groep, in het bijzijn van kinderen of geloofsovertuiging of type persoon. Wat maakt dat dan?

Ehm nou ja vaak zijn die mensen al minder open, net zoals moslims gaan het er ook niet makkelijk over hebben. Dus ik denk dat er dan al wel een muurtje is om het aan te snijden.

Ja, snij je het dan wel aan bij een intake?

Ja, want het hoort erbij, maar soms geven ze geen reactie en soms wel.

Ik heb 1x gehoord dat ze het wel fijn vonden dat het werd aangesneden het onderwerp. Maar dat was ook wel een jonger stel. Want dat vind ik ook wel iets, ga je het bij een 80 jarige...ja ja daar kan je het trouwens ook niet van zien of ze nog actief zijn,

Dat kwam uit de focusgroep ook naar voren, bij jongeren vind ik het moeilijker.

Ja dat is sneller oordelen velen over he.

Ja ja dat klopt. Zijn er voorwaarden, omstandigheden nodig voor het bespreken van seksualiteit voor jou?

Voor de kennis en hoe je het luchtig kunt brengen.

Maar ik hoor je ook zeggen privacy.

Ja want ik ga het sowieso niet op een 4 persoonskamer bespreken en zeker niet omdat je niet weet hoe een patiënt er zelf over denkt.

Nee, maar als we hier zeggen we gaan elke heropname in een kamer apart bespreken zou het dan overal besproken worden?

Ik weet niet of iedereen dat zou doen.

Zou jij het doen?

Ja ik zou het wel doen, zeker wel omdat je regelmatig merkt dat patiënten het fijn vinden om het toch te bespreken. En zeker omdat je steeds jongeren mensen hier op de afdeling ziet. Dus ik vind dat het zeker wel besproken moet worden.

Meer aandacht voor moet zijn?

Ja, want we vragen het eigenlijk niet meer na, na een intakegesprek. Ja, en je ziet het bij de anamnese ook 9 van de 10 keer niet staan.

Maar is niet ingevuld ook niet besproken?

Ja dat weet je niet

Maar dat klopt wat je zegt hoor dat kwam ook naar voren uit het dossieronderzoek. Dit waren mijn vragen.

Zijn er nog punten die je nog wil bespreken of aan wil vullen?

Uhm, nee. Ja misschien het onderscheid tussen jong en oud of mensen daar tegenaan lopen of wat dan. Zoiets.

Bedankt voor de tip, ik neem hem mee. Nogmaals bedankt.

Samenvatting respondent 7, #7

Communicatie

#7 geeft aan dat het bespreken van seksualiteit eigenlijk alleen maar gebeurt tijdens een intake gesprek. Er moet een aanleiding voor zijn om het te bespreken, het intakegesprek is een aanleiding. #7 geeft aan dat het een beetje taboe is en ook wel heel privé is voor patiënten, een intiem stukje. Tijdens het intakegesprek stipt #7 het kort aan, verteld iets over condoomgebruik tijdens de risicovolle periode en dat ze mogen zoenen. Verder wordt het niet besproken. #7 Vindt het bespreken van seksualiteit absoluut een verantwoordelijkheid van de oncologie verpleegkundigen, omdat de verpleegkundigen de voorlichting geeft. Omtrent gesprekstechnieken zou #7 het fijn vinden als je het op een bepaalde manier luchtiger kan brengen. Een soort openingszin zou fijn zijn, waardoor het onderwerp ingekleed wordt aldus #7. Na het intakegesprek wordt er niet meer naar gevraagd tijdens de behandeling, tevens wordt het bij de anamnese ook niet genoteerd.

Kennis

#7 geeft aan voldoende kennis te hebben over het onderwerp seksualiteit. Daarbij ziet #7 het belang in van het bespreken van seksualiteit voor de patiënt. Je bespreekt namelijk ook de andere punten zoals voeding, ontlasting, plassen. Het condoomgebruik en het zoenen worden besproken, daarnaast geeft #7 ook aan dat er gewoon met de kleinkinderen geknuffeld kan worden. Andere bijwerkingen worden niet besproken.

Normen en waarden

Normen en waarden spelen zeker mee bij het bespreken van seksualiteit volgens #7. Ook speelt mee dat seksualiteit nog steeds een taboe is om erover te spreken. Het gevoel wat #7 krijgt van het bespreken van seksualiteit is verlegenheid. Je kent de patiënt vaak niet waardoor dit gevoel wordt versterkt. Soms moet je je eigen waarden en normen aan de kant zetten vind #7.

Privacy

Op een vier persoonskamer ga je het niet bespreken, of het is de eerste patiënt. Door een gordijntje te sluiten heb je geen privacy. Een andere voorwaarden voor het bespreken van seksualiteit is kennis hebben over hoe je het luchtiger kan brengen, gesprekstechniek.

Vertrouwensband

#7 geeft aan dat je er naar moet vragen, in het kader van professionaliteit, want het hoort er bij. Patiënten worden jonger dus het moet zeker besproken worden.

23-10-2018 reactie van respondent 7.

Akkoord, gelezen.

Interview 2. Respondent #8.

Welkom, bedankt dat je mee wil doen aan mijn onderzoek.

Zoals je weet gaat mijn onderzoek over Hoe ervaren oncologie verpleegkundigen het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie?

Ik heb afgelopen vrijdag mijn focusgroep gehouden. Hieruit zijn een aantal topics uit gekomen die ik nu door middel interviewen verder wil uitdiepen.

De volgende topics wil ik graag met je bespreken, communicatie, kennis, normen en waarden, privacy en vertrouwensband. Begin eerst even met een paar algemene vragen. Wat is jou leeftijd?

26

Je werkervaring als verpleegkundige, wanneer was je klaar met HBO-V?

2014, 4 jaar dus.

En wanneer heb je de oncologie afgerond?

Mei 2017.

Wat is jou ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit op het oncologisch dagcentrum?

Uhm mijn ervaring, ik moet zeggen dat ik dat ook altijd wel lastig vind. Uhm natuurlijk met de intakegesprekken besprak je natuurlijk wel altijd he met excreta ehm hoe daarmee om te gaan. Ik denk wel dat ik dat minimaal deed, gewoon zeggen wat moet.

Ja, ja.

Ik moet zeggen dat ik eigenlijk daarna ook niet met patiënten erop terug kom.

Waarom is dat?

Omdat het wel een beetje een taboe of zo, omdat het toch wel moeilijk is om over te praten zo intiem.

Je bespreekt het dus niet makkelijk?

Nee ik bespreek het ook niet makkelijk. Ik zei altijd met intakegesprekken van dat tegenwoordig nu wordt geadviseerd om met condoom te doen en kussen mag allemaal ja en dat is het.

De aanleiding is het intakegesprek eigenlijk?

Ja.

Nou doen we hier geen intakegesprekken meer, is er dan nog een aanleiding?

Nou ik zou er eigenlijk niet snel met mensen over praten nee. Tenzij ze iets zelf over vragen, dan ga ik er wel in op in natuurlijk. Maar om daar nu zelf over te beginnen? Nee, terwijl het eigenlijk voor heel veel mensen hartstikke belangrijk is. Maar ja ik vind dat toch wel heel moeilijk. Ja

Ja, want hoe eh, jij bespreekt seksualiteit naar aanleiding van cave excreta daar maak je de link/overgang naar seksualiteit. Dan bespreek je dus het condoomgebruik en het kussen.

Ja dat klopt.

Van wie vindt jij het de verantwoordelijkheid het bespreken van seksualiteit?

Nou deels wel van ons, omdat mensen dan weten dat ze bij ons terecht kunnen met vragen of als ze problemen hebben. Ik denk namelijk als patiënt zijnde... deels ligt de verantwoordelijkheid natuurlijk ook bij de patiënt vind ik als je klachten hebt om daar mee te komen. Maar ik vind wel dat wij als verpleegkundige ook ja moeten laten zien dat wij er ook open voor staan om dat met hun te bespreken. Dus in dat opzicht zou ik eigenlijk vinden dat ik dat wel meer zou moeten doen.

De arts speelt die hier ook nog in rol in?

Ja dat denk ik wel, nou ja ik denk zij bespreken toch ook deels de bijwerkingen als iemand gaat starten. Misschien niet zo uitgebreid als wij dat doen, maar ja ik vind wel dat zei dat ook moeten bespreken. Zodat de patiënt ook daar evt. met vragen kan komen, ik weet trouwens niet of de patiënt dat moeilijker vindt om dat met de arts te bespreken.

Oké, je zie het net al ik vind het moeilijk om het aan te snijden. Wat zou jij nodig hebben op het vlak van communicatie of gesprekstechnieken?

Nou ja misschien wel inderdaad van hoe, ik weet alleen niet of dat zo heel makkelijk een tool voor is? Hoe ik het voor mezelf makkelijker zou kunnen maken om er over te beginnen of met minder gene. Ja dat het minder ongemakkelijk is. Niet dat ik al een rood hoofd krijg terwijl ik er nog over moet beginnen. Ik moet zeggen dat ik tijdens de intake gesprekken ook altijd dacht van ja oke nou komt het. Dan maak ik het voor mezelf ook groot. Als mensen dan vragen hadden dan ging ik daar wel op in, maar ik moet zeggen dat de meeste mensen wel knikte en klaar. Weet je wel. Ik vond het ook altijd wel lastig eh want het is bij jonge mensen logisch om bij aan te snijden, maar ik vond het ook altijd wel lastig om dan heb je een 75 jarige vrouw voor je om dat dan aan te snijden. Hoe weet je nou of ze het doen of niet?

Dus ga je er vanuit dat een jong iemand heeft seks en een ouder iemand is de vraag?

Ja

Bespreek je het daardoor, heeft de leeftijd invloed?

Ja bij een jonger iemand bespreek ik het makkelijk, ondanks dat het moeilijk blijft.

Even samenvatten; ik hoor jou zeggen, ik vind het moeilijk om het te bespreken. Er heerst toch wel een taboe op, ook wel omdat je het zelf ongemakkelijk vindt. Je vind het wel de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige deels, maar ook deels van de patiënt dat hij het zelf aangeeft als hij klachten heeft. Dan ga je daar op in. Je zou het fijn vinden om een openingszin of een gesprekstechniek te krijgen waardoor het onderwerp makkelijker wordt ingekleed wordt.

Ja precies.

Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt over seksualiteit?

Ik denk niet, ja weet je op school hebben we het daar 2 uur les over gehad denk ik. Je weet een beetje wat het kan doen, maar wat de bijwerkingen kunnen zijn. Maar hoe of wat nee, ik weet het niet uitgebreid.

Je moet dan elders je informatie vragen?

Ja ik weet eigenlijk niet eens, ik zou eerder denken aan een seksuoloog of zo. Maar ik weet niet eens of we die hier in het ziekenhuis hebben. Kan ik gewoon doorsturen? Mij lijkt me dan dat zo iemand wel meer kan vertellen. Ik denk ook wel dat mensen eerder laagdrempelig willen vragen, wij zijn meer laagdrempeliger natuurlijk. Maar ik denk wel dat ik daar te weinig kennis over heb.

Oke.

Maar ook ik heb daar 2 uurtjes les over gehad, maar ik gebruik het eigenlijk niet. Die bijwerkingen weet je wel van chemo een beetje, maar die handvatten die je aan kan reiken, die weet ik niet.

Hoe belangrijk denk je dat patiënten het bespreken van seksualiteit vinden?

Nou ik kan me zo voorstellen dat als ze klachten hebben dat ze het eigenlijk belangrijk vinden dat het besproken wordt. Aan de andere kant denk ik mijn gevoel dat andere mensen dat ook hebben, dat die het ook moeilijk vinden om te bespreken. Ik denk dat het heel erg per persoon afhankelijk is of ze daar echt behoefte aan hebben of niet.

Vind je wel dat het bij een intake gesprek horen?

Ja, want iedereen doet het, maar je moet wel weten waar je op moet letten. Dus ja dat vind ik wel.

Deze hebben we eigenlijk al wel een beetje gehad. Welke punten bespreek je over seksualiteit?

Dat met condoom en kussen en cave excreta ja precies. Verder eigenlijk niks. Ik zeg eigenlijk nooit van welke bijwerkingen ze zouden kunnen krijgen op seksueel gebied, Nee dat zeg ik eigenlijk nooit. Daar blijft het eigenlijk wel een beetje bij. Kort en krachtig.

Prima, je bespreekt het al dus dat is toch mooi.

Ja is ook en met best wel wat waarvan ik denk oe.

Je geeft aan dat je misschien niet optimaal kennis hebt over seksualiteit, ehm het wisselt per patiënt denk jij of die behoefte heeft aan informatie. Je bespreekt het oppervlakkig wat ze moeten doen bij het vrijen.

Ja klopt.

Gaan we naar normen en waarden. Hoe kunnen waarden en normen van de verpleegkundige van invloed zijn bij het bespreken van seksualiteit denk jij? Wat je van thuis uit hebt meegekregen bedoel ik dan eigenlijk.

Ja dat denk ik wel, **want de een praat er makkelijk over dan de ander.** Wij praten er thuis ook niet zo over. Helemaal niet eigenlijk dus dan ja. Weet je ik praat er nou met mijn moeder ook niet over bij wijze van spreken. Terwijl andere dit bijvoorbeeld wel zouden doen. Dus ik denk dat je het dan makkelijker bespreekt als je dit thuis ook deed.

Kan dit dan een belemmering zijn?

Ja dat denk ik wel. Zeker van wat je van thuis uit hebt meegekregen. Ja.

Heeft de leeftijd van een patiënt invloed op het bespreken?

Ja voor mij wel, terwijl dat echt niet altijd goed is. Want iemand van 75 doet het misschien ook nog wel, daar kan ik niet over oordelen. Dan vind ik het altijd een lastige, moet ik het doen of niet. Maar zie ik iemand van 75 en die is weduwe dan doe ik het niet. Theoretisch kan het natuurlijk zeker wel. Maar ja dan bespreek ik het dus niet.

Goed. Welk gevoel geeft het bespreken van seksualiteit jou?

Ongemakkelijk, rood hoofd. Ja toch wel en dat blijft denk ik.

Zou dat ook blijven denk je als je meer kennis hebt en een openingszin hebt?

Nou ja ik denk dat het nooit in elk geval persoonlijk, dat ik het makkelijk zal vinden om erover te beginnen. Ik bedoel het is niet zo van hoeveel wandelt u per dag of zo. Of gaat het eten of drinken goed. **Maar ik denk wel dat het kan schelen als je wat handvatten en kennis hebt.** Want stel dat ik er nou naar vraag en ze zitten ergens mee, dan kan ik ze nog niet helpen eigenlijk. Of ja. **Nou ja ik kan dan geen tips geven met wat ze er nou mee kunnen.**

Oké duidelijk. Zijn er voorwaarden of omstandigheden nodig om het te bespreken van seksualiteit voor jou?

Nadenken, stilte 5 sec. **Nou niet in een volle kamer.** Dat is natuurlijk altijd wel een punt. Je hebt altijd een vierpersoons kamer.

Stel dat je een aparte kamer hebt voor heropnames zou je het dan wel bespreken denk je?

Nou dan zou ik het in elk geval makkelijker vinden. Dat wel, maar ja dan nog blijft het moeilijk. Want ik moet zeggen ook bij een 1e patiënt die komt bespreek ik het ook niet. En dan ben je samen. **Maar goed het zou iets intiemer zijn een aparte kamer.**

Heeft de samenstelling nog invloed, patiënt komt met kinderen bijvoorbeeld?

Nou ja moet ik wel zeggen bij een intakegesprek als er dan iemand van bijvoorbeeld 50 daar zit en die heeft ook haar dochter en partner bij dan denk ik wel ik moet het gezegd hebben. Maar ergens denk ik wel ja er zit ook een dochter van 15 bij. Dat vind ik dan wel moeilijk.

Bespreek he het dan wel?

Ja dan bespreek ik het wel, want die doen het nog wel waarschijnlijk.

Bij welke leeftijdsgrens denk jij dat mensen het nog doen?

Weet ik veel, stom he. **Ik heb dat gewoon bij oudere mensen dat ik me afvraag of ze het nog doen.**

Oké, dat kwam ook wel naar voren uit de focusgroep Er moet een band zijn, een klik. Hoe is dat voor jou?

Nou ja dat zal denk ik wel schelen ja als ik mensen voor de eerste keer zie of niet. Maar dan nog he **je bent natuurlijk een verpleegkundige.** Je wisselt best wel vaak. Maar goed maar **ik denk wel dat het voor mij makkelijk is als ik de patiënt goed ken.** Dan ga je er misschien toch dieper op in.

Dan gaat het misschien ook makkelijk.

Patiënt zien ook zoveel wisselende mensen.

Dus de klik met patiënten maakt het makkelijker?

Ja.

Maar jij bepreekt het met een intake gesprek wel altijd? Tenzij ze weduwe zijn of ouder dan 75 dan vind je dit moeilijker?

Ja dat klopt. Ik bespreek het altijd wel, ook al zitten er andere mensen bij. Dan voel ik me wel opgelaten maar het moet nu eenmaal. Ik heb ook soms het gevoel dat de patiënt zich ook wel opgelaten voelt als ik erover begin.

Oké dan hebben we eigenlijk wel alle topics behandeld. Ik weet niet of jij nog onderwerpen aan wil kaarten?

Nee zou het eigenlijk zo niet weten. Ik blijf het lastig vinden en toch ook wel een taboe.

Ontzettend bedankt nogmaals. Je krijgt nog een samenvatting van dit gesprek.

Samenvatting respondent 8, #8

Communicatie

#8 geeft aan dat het bespreken van seksualiteit eigenlijk alleen maar gebeurt tijdens een intake gesprek. Komt er daarna niet meer op terug. #8 Vind het moeilijk om erover te praten ook wel omdat het een taboe is en het iets intiems is tussen mensen. #8 geeft aan dat het bespreken van seksualiteit moeilijk is, waardoor het onderwerp ook groot wordt. Voorheen besprak #8 seksualiteit tijdens het intakegesprek. Kort en krachtig. #8 vind dat het bespreken van seksualiteit voor een deel bij de verpleegkundige ligt zodat mensen dan weten dat ze terecht kunnen met vragen of als er problemen zijn, zo kan je laten zien dat je er open voor staat. Maar tevens is het ook de verantwoordelijkheid van de patiënt, als er klachten zijn om dit dan te geven aldus #8. De arts speelt ook wel een rol in het bespreken van seksualiteit. Alleen minder uitgebreid dan de verpleegkundige. #8 zou het prettig vinden als ze weet hoe ze erover kan beginnen, zodat het minder ongemakkelijk is.

Kennis

#8 geeft aan 2 uur les gehad te hebben over seksualiteit, tijdens de specialistische vervolgopleiding oncologie, maar ondanks die 2 uur onvoldoende kennis heeft om de patiënt handvatten aan te bieden bij problemen. Globaal bekend met de bijwerkingen, maar kan er verder niet op inspelen. Het belang voor de patiënt is duidelijk voor #8, "het is voor heel veel mensen harstikke belangrijk". Waarbij er ook wel gezegd wordt dat het voor de patiënt soms ook moeilijk kan zijn om het te bespreken. Dat het per persoon afhankelijk is of ze daar behoefte aan hebben. De punten die worden besproken tijdens het intakegesprek zijn kort en krachtig. Condoomgebruik tijdens de besmette periode, dat er gekust mag worden en cave excreta. De bijwerkingen worden niet besproken.

Normen en waarden

Normen en waarden spelen zeker mee bij het bespreken van seksualiteit volgens #8. De een praat er makkelijker over dan de ander. #8 geeft aan dat het bespreken van seksualiteit bij een jonger iemand makkelijker gaat dan bij een ouder persoon. Bij een ouder persoon wordt eerder de vraag gesteld of hij/zij nog actief is op seksueel gebied. Als erbij een ouder iemand geen partner in beeld is of is weduwe/weduwnaar dat bespreek je seksualiteit niet. Ook speelt mee dat seksualiteit nog steeds een taboe is om erover te spreken. #8 wordt ongemakkelijk en krijgt een rood hoofd bij het bespreken van seksualiteit. Geeft ook aan dat ze het altijd moeilijk zal blijven vinden.

Privacy

Op een volle kamer ga bespreekt #8 het niet. Geeft ook aan dat als er geen aanleiding voor is het dan ook niet zou aankaarten. Ook al zou er een kamer apart zijn voor het heropnamegesprek. Het gezelschap waarmee de patiënt is tijdens een intakegesprek maakt voor #8 niet uit ondanks dat #* opgelaten voelt wordt het onderwerp seksualiteit wel besproken.

Vertrouwensband

#8 geeft aan dat het misschien wel prettiger is als er band is, maar geeft ook aan dat het een taak is van de verpleegkundige ongeacht of je nu een klik/ band hebt met de patiënt.

22-10-2018 reactie respondent 8.

Prima verslag. Akkoord.

Interview 3. Respondent #9.

Super fijn dat je mee wil werken aan het onderzoek.
Ik zal eerst even uitleggen wat het doel is van mijn onderzoek.

Prima.

Zoals je weet is mijn onderzoeksvraag "Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten op het oncologisch dagcentrum?" Met als doel om handvatten aan te bieden aan mijn opdrachtgever zodat het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten geborgd wordt binnen het behandeltraject.
Ik heb eerst een focusgroep gehouden en vanuit de focusgroep zijn er topics naar voren gekomen die ik verder wil uitdiepen d.m.v. deze interviews.

Duidelijk.

Oké, dan zullen we maar starten . We beginnen eerst even met algemene vragen. Wat is jouw leeftijd?

O jee 34 jaar.

Hoelang ben je al werkzaam als verpleegkundige?

Ik ben 14 jaar werkzaam als verpleegkundige.

Wanneer heb je de oncologie afgerond?

Ik denk in 2009 of 2010.

Oké. O ik ben vergeten te zeggen wat mijn topics zijn. Dat zijn communicatie, kennis, normen en waarden, privacy en vertrouwensband. We beginnen met communicatie. Wat is jou ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit bij chemo?

Nou weet je toen je nog de chemo checks deed, geven we nu zelf niet meer, als je de chemo checks. Eerlijk te zijn was het met die flap over besprak je het beter dan dat je de nieuwe vorm.

Want in de nieuwe vorm bespreek je alleen maar de kuurspecifieke bijwerkingen en staat seksualiteit er niet meer op, waardoor het wel heel veel minder besproken wordt. Het enige wanneer je het besprak is wanneer je het over cave excreta had want dan zei je dat het dan achterhaald was dat je gewoon lichamelijk contact en alles mag hebben. Maar ik vind wel toen wij die flapovers nog hadden van N, want daar stond hij gewoon tussen, dan besprak je het wel meer dan dat je het daarna deed. Verder voor mensen op heropname, eh hh het is niet meer zo dat wij alleen met een patiënt zijn. Kijk de eerste patiënt zou je bij wijze van nog kunnen bespreken maar bij de volgende patiënt doe je dat al niet omdat het toch wel een intiem onderwerp is, waardoor mensen wel ja dat weet je heel stom eigenlijk iedereen er een beetje verlegen van wordt weet je wel.

Hummen

Dus ik vind dat wel dat het onderwerp slechter wordt besproken in de loop der jaren.

Inderdaad wat je zegt met die flap-over daar stond hij gewoon tussen alle andere bijwerkingen.

Ja juist en daar besprak je hem wel, kon je er niet omheen. Je besprak het gewoon.

Ja ja, dus ik hoor jou zeggen de chemo check is de aanleiding om het te bespreken?

weet je ik denk heel zwart wit dat het wel zo is, kijk weet je we weten allemaal wel dat we het zouden moeten bespreken, maar we doen het niet standaard. En doordat je zoiets een moet iets zoals die flap over wordt het wel makkelijker. Ik denk echt nadat die flap-over weg is gegaan veel minder besproken wordt.

Ja.

Daar ben ik gewoon van overtuigd.

Inderdaad wat jij zegt ik bespreek nu alleen de specifieke kuurinformatie, als daar seksualiteit bij staat dan zou dat een insteek kunnen zijn?

Ja, zeker.

Want bespreek jij seksualiteit makkelijk?

Op zich **toen ik net begonnen was vond ik dat moeilijker**, maar ik vind dat nou niet meer zo'n issue, dat **ligt natuurlijk ook wel een beetje aan qua leeftijd** he. Heb je een jong iemand net zo oud als jij, nee dat is trouwens ook niet. Nee dat vind ik nou eigenlijk ook niet meer moeilijk, wel toen ik begon vond ik dat moeilijker dan dat ik dat nu vind omdat **je nu meer ervaring hebt** en zo en je bespreekt het nu gewoon.

Ja je hebt 14 jaar ervaring als verpleegkundige.

Ja dus daar ik denk dat dit nu voor mij geen issue meer is **maar het is niet meer standaard bij mij op de kaart om het te bespreken. De anamnese is natuurlijk ook anders dan vroeger**, je gaat nu ook niet meer heel die lijst af. Je klikt nu meer met epic.
Dat is eigenlijk sinds die verandering is ingebracht van die intake, doe je de anamnese niet meer volledig afnemen. We hebben toen gekozen voor **compacte informatie omdat er anders heel veel verloren ging in wat mensen opslaan**. Zijn dat de eerste punten die eruit gaan denk ik. Nou ja het is eigenlijk gewoon zo.
Je benoemt het niet meer, **je wordt er niet op geattendeerd eigenlijk**. Heel slecht, maar zo is het wel.

Duidelijk. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van het bespreken van seksualiteit?

Ik denk wel dat dit eigenlijk wel bij ons ligt. **Een patiënt is kwetsbaar** en die zal, sommigen praten er wel makkelijk over maar anderen die denken die zouden eerder informatie op internet, terwijl **wij de voorlichters zijn**. Dus ik denk dat wij dat zeker wel zouden moeten doen. Ehm ja, **ik denk dat wij de mensen kunnen inschakelen als er problemen zijn**.

En de arts speelt die hierin ook nog een rol?

Ja goed ik denk het wel, maar ik denk toch qua basis ik denk dat **wij iets toegankelijker zijn daarover** denk ik. Want bij de arts, zijn mensen toch heel erg met hun ziek zijn bezig en bij ons gaat het naast het ziek zijn ook nog over andere dingen. Wij pakken het veel breder. De poli heeft natuurlijk maar een korte tijd dus dan gaat het al heel snel over de CTC weet je wel. Misschien,

weet ik ook helemaal niet, de poli verpleegkundige misschien daar wel ruimte voor heeft, maar ik denk dat **het eigenlijk wel meer bij ons ligt.**

Oké, wat heb jij nodig op het vlak van gesprekstechnieken of communicatie?

Ja in de zin van?

Hoe je het bespreekbaar moet maken.

Ik denk eigenlijk wel dat je het wel weet, misschien **omdat het niet meer up to date is dat je gewoon de laatste trends in het oncologische stuk met ehm seksualiteit.** Die slijmvliezen daar kom je wel aan uit en daar kan je wel in adviseren. Maar je hebt sowieso ook ruimte nodig om het rustig kan bespreken he wat wij voorheen op het OD deden, alleen 1 op 1 of met een partner erbij in een kamertje apart. Hoe is het de afgelopen tijd gegaan? Dan was dat veel makkelijk om het te bespreken. **Je hebt sowieso ruimte en rust nodig om het goed te kunnen bespreken.**

Dat zijn eigenlijk de voorwaarden voor jou?

Ja inderdaad ruimte en rust.

Want op een vierpersoonskamer wat je al aangeeft ga je dat niet zo snel doen?

Nee want dan ga je iemand in een ongemakkelijke situatie brengen terwijl ze daar nog wel heel de dag met die andere patiënten zitten.

En waar ligt dat ongemakkelijke in?

Dat is gewoon dat taboe wat erop rust, heel seksualiteit. Want je gaat ook niet op straat staan en over je seksualiteit bespreken. Ja dat is gewoon heel het **taboe op seksualiteit dat heeft niks met oncologie te maken.**

Ja seksualiteit in het algemeen is taboe zeg je?

Ja inderdaad. Ik denk als je weer in zou willen voeren moet je dat op een rustig moment het is privacy. Je komt ook heel dichtbij een patiënt he en dit is natuurlijk ook heel dichtbij.

Absoluut.

Maar zolang wij er geen issue van maken is het voor de patiënt ook makkelijker te bespreken.

Zeker waar komt ook naar voren uit de literatuur.

Als wij er gewoon open over zijn en niet eh want ja het is gewoon wel iets wat bij kwaliteit van leven hoort. Dus ik denk dat dat wel voornaam is.

Oké, omtrent het onderwerp communicatie zeg je jouw ervaring is dat je het altijd hebt besproken tijdens intakegesprekken, waarvan die oude flap overs werd het altijd besproken nu met die kuurspecifieke informatie is het geen standaard gespreksonderwerp meer.

Ja nu bespreek je het bij cave excreta maar dat was wel heel kort over inderdaad meer risico als je chemo hebt gehad in die zin waar je dan op moet letten.

Niet de mogelijke bijwerkingen van seksualiteit?

Nee, nee.

Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt over seksualiteit?

Ja dat is wat ik zeg he kijk je moet eigenlijk, stel dat hier nu uitkomt dat we meer gaan bespreken wat eigenlijk normaal zou zijn. Dan zou het wel even op de hoogte moeten zijn van de ontwikkelingen want ik weet niet of alles wat ik 5 jaar geleden is verteld of dat nog steeds geldt. Dus ik denk dat je dan inderdaad of iets op moet gaan zoeken van studies.

Opfrissen van kennis? En ook wat ik jou hoor zeggen handvatten aan kunnen bieden?

Ja inderdaad, ik weet nog dat is wel heel lang geleden misschien wel 8 jaar, dat we training hebben gehad van een seksuoloog, bij wijze van zoiets.

Ja die wat meer de achtergrond weet dus. Denk je dat de patiënt het een belangrijk onderwerp vind?

ja want ik denk dat wij het heel vaak afdoen, misschien in de beginfase niet, want in het begin zijn ze heel gericht op beter worden en als het in een rustig vaarwater komt dat is vaak na een operatie of na de eerste paar kuren want dan is het nog zo spannend allemaal. Maar seksualiteit is niet alleen maar gemeenschap seksualiteit is ook samen zijn. Dus ik denk juist dat het heel voornaam is voor de patiënt maar in het begin ligt de focus denk ik echt op de chemo. Ik moet beter worden maar uiteindelijk zijn er natuurlijk heel veel mensen die wekelijks komen en dan pakken ze eigenlijk wel weer hun leven op. En bij de een zal dat sneller zijn. Ik denk dat wij heel vaak denken o daar staat hun hoofd nu echt niet naar of zo, maar wat ik zeg seksualiteit is niet alleen gemeenschap. Ik denk dat wij daar heel vaak makkelijk over denken net zoals wij zeggen ouderen mensen doen het vast niet meer.

Ja dat is ook een vraag, is heeft de leeftijd van een patiënt invloed op het bespreken?

In principe zou dat niet zo moeten zijn.

En bij jou?

Nou weet je nee je steekt anders in als iemand die jong is want dan steek je misschien ook in op een kinderwens en alle he want daar steek je anders op in dan dat je bij een ouder iemand zou doen maar in principe zou dat geen ehm nee dat moet geen verschil maken. Want iemand van 80 kan ook die behoefte hebben. Maar wat ik zeg ik denk wel dat je in ervaring dat je daardoor wel makkelijker naar dingen kijkt. Want als je net 20 jaar bent dan zou je dat ook niet zo makkelijk bespreken, kreeg ik ook zo'n boei.

Oké, want wat voor gevoel geeft bespreken van seksualiteit nu bij jou dan?

Ja wat voor gevoel, ja ik vind dat nu niet meer moeilijk. Het is wel zo als iemand echt problemen heeft om de wegen te bewandelen van wat je ermee kan doen dat zou ik moeilijker vinden. Welke wegen bewandel je, moet je naar een seksuoloog doorsturen of moet je er zelf meer meedoen.

Daar komt dan eigenlijk die kennis weer naar voren?

Ja die kennistekort dan, ja dat zou ik moeilijk vinden.

Oké want welke punten bespreek je omtrent seksualiteit?

Toen ik dat deed dan besprak ik **wat de bijwerkingen konden zijn**. Ik gaf ook aan dat intiem zijn ook knuffelen kon zijn weet je wel gewoon die dingen. dat je daarin wel kan veranderen door vermoeidheid dat ja dat ook wel naar elkaar moet uitspreken omdat het wel belangrijk is. De een kan een verwachting hebben en de andere kan iets anders denken. het kan ook zijn dat die partner denkt dat doe ik echt niet terwijl de patiënt juist net die behoefte aan heeft en ze durven het niet tegen elkaar te zeggen dus dat besprak ik eigenlijk meer. Verder ook wel dat de slijmvliesen droog konden zijn dat je dan gebruik kon maken van glijmiddel. Die dingen besprak ik eigen voornamelijk.

Oké, maar alleen tijdens de intake?

Ja voornamelijk wel, **niet op de afdeling in verband met privacy**.

Kan de opvoeding van de verpleegkundige invloed hebben op het bespreken van seksualiteit?

Ja

Waarom denk je dat?

Weet je ik ben zelf heel preuts opgevoed, dus daardoor denk ik dat ik het in het begin moeilijk vond om erover te praten. Als dat thuis bij jou een issue is van in die zin van het bespreken dan gaat dat hier ook zo zijn. Ja dan is dat niet zo van nature. Je hebt ook mensen die thuis open erover praten dus die zijn daar ook open in, waar het "normaler" is zal maar zeggen. Ik denk dat het zeker meespeelt.

Kan je dat veranderen denk je?

Als wij als verpleegkundigen er normaal mee omgaan als wij er ook gewoon over nadenken en onderling bespreken. Van de problemen die voor kunnen komen dan denk ik dat je het wel normaler kan maken. Dat zal niet zomaar zijn, want iedereen doet er een beetje lacherig over. Maar ik denk dat je dat wel als je het normaler kan maken dat je het wel bespreek is. Als je er samen meer over hebt dat het dan toch gewoner wordt of zo.

Is er nog een bepaald moment dat je denkt dan is het eigenlijk beter om het te bespreken? Ik hoor je namelijk zeggen na slecht nieuws is het moment niet. Is het dan na weken?

Ja dan is het wel qua voorlichting is dat je het nog steeds bij een intake kan doen, maar ik denk dat het wel na een aantal weken, een soort van evaluatie tijdens de chemo, waar staan we nu, hoe gaat het dat je dan seksualiteit kan bespreken. Met een soort leidraad. Dan is die bijwerkingen van dat je uitleg moet geven over bijwerkingen is niet meer een hot item dat is niet meer het eerste wat je gaat doen. Dan weten ze een beetje hoe het gaat lopen en dan zou je daar wel iets mee kunnen ja.

Heel mooi idee. Je zei net al de voorwaarden is rust en privacy, zijn er nog andere voorwaarden voor jou?

Je moet sowieso op de hoogte zijn, dat is belangrijk. De kennis, je kan niet een gesprek ingaan met een halve bak kennis. Kijk natuurlijk kan je nog steeds voorlichting geven en zeggen van dat iets anders kan zijn maar je moet wel achtergrondkennis hebben want het is een beetje gek als je dan ehh ja dat moet ik even navragen, natuurlijk mag je dingen navragen, maar als je dat bij basis dingen al moet doen dan is de voorwaarden wel is dat je basiskennis hebt.

Basiskennis en de weg die je moet bewandelen voor verdere informatie?

Ja.

Uit de focusgroep kwam ook naar voren dat er een vertrouwensband/ klik moet zijn met de patiënt. Hoe vind jij dat?

Aan de ene kant is dat ook zo, maar we weten dat we hier tegenwoordig veel rouleren waardoor we dat niet meer zo hebben zoals we dat ooit hebben gehad. Ervaring leert ook wel dat mensen

als patiënt ook wel heel veel vertellen. Ook al ben je jong of oud als verpleegkundigen, patiënten willen vaak ook wel iets vertellen. Natuurlijk moeten zij zich op hun gemak voelen om dingen te kunnen zeggen, maar een vertrouwensband kan je ook heel snel opbouwen. Je gaat niet meteen pats boem hebben over seksualiteit. Ik vind wel door doordat je hier werkt dat vond ik eigenlijk al één van de begin dingen toen ik hier kwam werken, mensen zeggen heel veel die zijn heel kwetsbaar en die vinden het ook heel fijn om te kunnen praten, waardoor je snel een band kan opbouwen.

Dus het gaat er ook om hoe je het dus inkleedt?

Ja absoluut. Je kan zo snel een band opbouwen met een patiënt terwijl je die niet elke week ziet. Natuurlijk zou het wel heel fijn zijn he dat je eerst een band kan opbouwen maar we weten dat het niet realistisch is omdat wij teveel rouleren om echt daadwerkelijk dat een patiënt maar 2 verpleegkundigen ziet ja dat is ideaalbeeld.

Zijn er nog punten die we nog niet hebben besproken of punten die jij wil bespreken?

Nee ik denk dat we alles wel gezegd hebben.

Oké dan wil ik je bedanken voor dit interview. Ik ga het straks uittypen en dan krijg je een samenvatting.

Samenvatting respondent 9, #9

Communicatie

#9 geeft aan dat het onderwerp seksualiteit slechter wordt besproken in de afgelopen jaren. Vroeger stond het nog op de flap over waardoor het een standaard gespreksonderwerp was, nu staat het ook niet meer op de kuurspecifieke informatie en wordt het kort aangestipt bij cave excreta. Een intakegesprek is een aanleiding om het te bespreken aldus #9. #9 geeft aan nu ze meer werkervaring heeft opgedaan het makkelijker bespreekt, in het begin was dat wel een moeilijk onderwerp. Het bespreken van seksualiteit eigenlijk alleen maar gebeurd tijdens een intake gesprek. #9 komt er daarna niet meer op terug. #9 Vind het een intiem onderwerp om erover te praten, omdat iedereen er een beetje verlegen van wordt. Er rust ook nog een taboe op. #9 vind dat het bespreken van seksualiteit de verantwoordelijkheid is van de verpleegkundige, de patiënt is kwetsbaar. De verpleegkundige is de voorlichter en kan de patiënt doorverwijzen. Arts heeft hierin ook een rol maar de verpleegkundigen zijn toegankelijker. #9 weet hoe ze het bespreekbaar moet maken, de voorwaarden spelen hier een belangrijkere rol in. Zolang wij er geen issue van maken is het voor de patiënt ook makkelijker te bespreken.

Kennis

#9 geeft aan dat ze niet op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen, 5 jaar geleden scholing gehad hierover maar de vraag is of die informatie niet is achterhaald. #9 geeft aan dat het misschien vaak afdoen met de opmerking daar staat hun hoofd niet naar, maar seksualiteit is niet alleen de gemeenschap. Net zoals er vaak gedacht wordt dat ouderen niet meer actief zijn. Het is zeker voor de patiënt belangrijk. De punten die worden besproken tijdens het intakegesprek zijn kort. Condoomgebruik tijdens de besmette periode, en cave excreta. De bijwerkingen worden niet besproken.

Normen en waarden

Normen en waarden spelen zeker mee bij het bespreken van seksualiteit volgens #9. Als het thuis een issue is dan bespreek je het op je werk ook niet zo makkelijk. Dan is dat niet zo van nature. Als verpleegkundigen er normaal mee omgaan en het ook onderling bespreken dan maak je het toch gewoner. #9 geeft aan dat de insteek bij een jonger iemand anders kan zijn i.v.m. mogelijke kindwens, maar een ouder iemand heeft ook behoeften. In het begin vond #9 het moeilijk om erover te praten maar door de werkervaring is dit nu niet meer een moeilijk onderwerp.

Voorwaarden

Privacy is een belangrijke voorwaarden, op een vierpersoonskamer is er geen mogelijkheid. Je komt heel dichtbij een patiënt. Daarnaast spelen rust en ruimte ook een belangrijke rol volgens #9. Op een volle kamer bespreekt #9 het niet. Op dit moment wordt seksualiteit niet tijdens een heropname besproken alleen kort tijdens het intakegesprek.

23-10-2018 reactie respondent 9.

Gelezen en akkoord!

Interview 4. Respondent #10.

Allereerst bedankt voor je deelname, super fijn.

Zoals je weet doe ik mijn onderzoek over het bespreken van seksualiteit. Mijn onderzoeksvraag is hoe ervaren oncologieverpleegkundigen van het oncologisch dagcentrum het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

Met als doel om straks handvatten aan te bieden aan mijn opdrachtgever om het bespreken van seksualiteit te borgen in het behandeltraject.

Ik heb eerst een focusgroep gehouden met 6 verpleegkundigen. Daarin werden vragen gesteld waarop ideeën naar voren zijn gekomen en vervolgens heb ik daar thema's aan gekoppeld die ik nu door middel van interviews wil uitdiepen.

Heb je hier nog vragen of opmerkingen over?

Nee hoor, ik moet zeggen **doordat jij hiermee bezig bent dat ik er al meer mee bezig dat ik het moet bespreken.** Vorige week dacht ik, ik moet het bespreken want het is belangrijk. Maar toen had ik een kamer met een vrouw die gescheiden was en daar tegenover een man van 85 toen dacht ik nou dat wordt niks vandaag, hahaha maar je bent er wel meer mee bezig.

Zoals ik al zei, ik heb een aantal thema's gemaakt, eigenlijk topics genoemd. Communicatie, Kennis, Normen en waarden, voorwaarden en vertrouwensband.

Ik heb eerst een paar algemene vragen #10.

Jouw leeftijd?

53 jaar

Werkervaring als verpleegkundige?

Gediplomeerd in 87, gewoon A verpleegkundige en 1990 de oncologie.

Prima, dan beginnen we met topic communicatie. Wat is jouw ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

Mijn ervaring is dat het niet standaard ter sprake komt bij mij in ieder geval, ik merk dat tijdens het intakegesprek een goede invalshoek heb omdat je het dan moet bespreken dan komt het met de bijwerkingen ter sprake. Dan vind ik het makkelijker om het dan bespreekbaar te maken, ik denk

ook voor de patiënt. O er wordt over gesproken, ik kan ook mijn dingen bespreken waar ik mee zit. Dat je als verpleegkundige over begint maakt het makkelijker voor de patiënt. Of dat er ook over gesproken mag worden. Maar ik merk hier dat er te weinig over spreekt, ik bedoel dan op de afdeling he. Vaak ook omdat er ook veel andere dingen aan bod komen, je rijtje van bijwerkingen en dan wordt dit vaak als laatste, waar je niet meteen aan denkt. Ja ik weet niet of moet ik nog verder?

Nee zo is het prima zeg wat je kwijt wil. Ik hoor jou zeggen, mijn aanleiding is het intakegesprek. Tijdens het intakegesprek bespreek je het dus altijd?

Ja zeker dan bespreek ik het altijd. Dan heb je een ingang eigenlijk en dan zit je alleen, dan heb je ook privacy. Dat maakt het toch makkelijker.

Dan heb je een intake gehad, kom jij er dan ooit nog eens op terug?

Als iemand echt problemen of met jongeren mensen dan probeer ik zachtjes ook al hebben we de ruimte niet, vraag ik hoe is het en vaak met een kleine hint wel wat je bedoelt. Niet te open daarover kunnen spreken. Vaak probeer ik dan dichterbij de patiënt op het bed op het randje erbij te gaan zitten en dan praat ik wat zachter als er echt dingen zijn. Dan bespreek ik het wel.

Je zegt als er dingen zijn, dan heb je dat uit het dossier of gewoon dat je er zelf over begint?

Nee dan ik zelf, ik kan goed dingen onthouden als ik iemand zie dan denk ik van o ja. Ik moet zeggen ik schrijf er ook niet altijd iets over op. Nu zeker heb ik gemerkt met EPIC dat mensen in het dossier kunnen kijken en dan heb ik weleens dat mensen iets vertellen en dan denk ik wow vertel je dat aan mij, zo iets van jullie kennen me niet en blablabla mag ik dat wel opschrijven? Want dat zijn heftige dingen. Ik merkt wel dat mensen dingen bij me kwijt willen. Ik kan heel goed luisteren, als ik merk dan ga ik er dichterbij zitten. Dan denk ik o wat ze allemaal verteld dan denk ik moet ik dit opschrijven. Kan ook weleens bij seksualiteit dat je het erover hebt maar niet altijd noteert.

Meer dat ze hun hart kunnen luchten?

Ja ik kan heel goed luisteren, ik heb empathie en gevoel, kan me inleven, soms misschien te. Maar ja de ruimte is er niet altijd vind ik.

Wat versta je onder de ruimte?

Vierpersoonskamer en mensen nogal het gevoel hebben van o die zit mee te luisteren. Soms lukt het wel hoor want dan zijn die andere heel druk in gesprek en als je dan dichterbij gaat zitten dan lukt het soms wel. Maar ja dat is ook je best doen. Wat ik zei toen jij vertelde waarover je onderwerp ging, ben ik sindsdien ook meer mee bezig, ook al wat alerter. Om aandacht aan te besteden. Vroeger ik heb dat boek van dressoir, want dat staat er ook gewoon lettelijk in want ik ben ook een beetje erover gaan lezen. Seksualiteit is helemaal niet belangrijk, je moet maar zorgen dat mensen maar beter worden! 1990 he het staat er letterlijk! Seksualiteit heeft de verpleegkundige niks mee van doen, ik wil het boek wel meenemen hoor echt bewijs. Dus ik heb op school er bijna niet over gehoord. Ik ben van thuis uit, lagere school, middelbare school, dat was toen allemaal niet. Ze mogen me ook, ik stel me wel open. Ze mogen dingen wel kwijt.

Jeetje moet je kijken hoe dat dan in de jaren 90 was, niet belangrijk. Dat is dan nu wel veranderd.

Ja gelukkig want het hoort er ook gewoon bij.

Hoe bespreek jij seksualiteit? Heb jij een bepaalde openingszin voor?

Ja qua chemo, veiligheid rondom excreta. Sowieso met vrijen, condoom, droge vagina. Niet veel.

Ik hoor jou zeggen de aanleiding is toch vaak tijdens een intakegesprek. Dan heb je een mooie invalshoek. Op de afdeling begin jij er wel over als de gelegenheid zich voordoet, je zorgt dan dat je dichtbij de patiënt zit en wat zachter praat. Je kan goed luisteren, empathisch reageren waardoor je laat zien dat je er open voor staat naar de patiënt toe. Je bespreekt kort tijdens het intakegesprek wat ze moeten doen tijdens het vrijen en eventueel droogheid van de vagina. Heb ik het dan goed samengevat?

Ja dat klopt. Wat ik zeg tijdens je intake heb je een aanleiding ervoor waardoor het makkelijker is.

Bespreek jij seksualiteit makkelijk?

Nee, dat zeg ik eerlijk. Vroeger nooit meegekregen, thuis niet, op school al niet. Wat moest, tijdens de biologie zeg maar. Natuurlijk toen ik jong was toen ik net begon, pff had ik meteen een rood hoofd dat is nu natuurlijk niet meer. Maar ja toen was ik 23-24 jaar dan zit je tegenover oudere mensen en toen dacht ik echt moet ik nou gaan vertellen hoe en wat. Dat is natuurlijk niet meer, nu ik erover begin krijg ik geen rood hoofd meer. Dat is ook wel hoe ouder dat je wordt dat het makkelijker gaat. Je hebt ook wat meer ervaring. Maar er wordt ook wel lacherig over gedaan he. Ik zal het zelf ook niet zomaar in de groep gooien hoor dat zijn dingen onder elkaar dat er een keer over gelachen wordt, dat is voor ons ook ventileren.

Bij wie ligt de verantwoordelijkheid vind jij?

Ik denk in eerste instantie de arts in verband met de bijwerkingen van de chemo, wat het kan doen. Nou weet ik eigenlijk niet zeker of dat de arts dat altijd bespreekt? Geloof ik ook niet. Staat allemaal netjes bespreek het met de arts, maar staat het bij de arts ook niet in hun rijtje van bespreken.

Dus de verantwoordelijkheid is eigenlijk bij de arts vind jij?

Ja in eerste instantie wel.

De rol van de verpleegkundige?

Ja qua gevoelens en later zeker bij de verpleegkundige. Maar wat het doet met het lichaam en zeker denk ik als iemand bijvoorbeeld prostaat of vaginacarcinoom heeft op seksuele organen dat er dan meer invloed op heeft dat moeten ze dan wel weten van de arts.

Oké duidelijk, de arts moet uitleg geven over wat chemo kan doen met het lichaam en dan op seksueel gebied en de rol van de verpleegkundige is de gevoelens en andere informatie geven?

Ja, ja.

Wat heb jij nodig op het vlak van gesprekstechnieken/ communicatie?

Wat ik nodig heb, ja ruimte meer voor de patiënt.

Ik bedoel eigenlijk gesprekstechniek.

Een ingang, intakegesprek was voor mijn een ingang. Ik ga niet het rijtje hoe is het met eten, moeheid, ontlasting zit bij mij niet seksualiteit bij. Zou iets moeten zijn om erover te hebben.

Oké heb je voldoende gesprekstechnieken om dan daarover te beginnen?

Nee ik denk wel dat ik een zin, openingszin wil hebben hoe je dat kan doen. Kijk met eten en drinken geen probleem, maar dan die overgang naar seksualiteit. Mensen verwachten dat denk ik ook niet als je daar ineens over gaat begint.

Dus de ruimte en een soort openingszin zou het bespreken makkelijker moeten maken dus?

Kan zeker meewerken ja.

Oké dan wil ik het nu over kennis hebben. Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt over seksualiteit?

Weet ik niet. Ja ik denk te weinig, want ik heb het op school nauwelijks gehad en wat ik zeg in 1990 was seksualiteit echt niet bespreekbaar. Mensen zijn bezig met beter worden en seksualiteit is niet belangrijk!

Hoe vind jij dat dan nu?

Ik heb er ondertussen wel meer over gelezen. Natuurlijk is het belangrijk! Voor mensen ook een fijn gevoel en ook zeker voor de partner. Die staat of ligt erbij van ja en ik dat je dan samen erdoorheen komt. Niet apart. Dat je dat zou ik dan ook na ja tips. Nou ik geef het als een tip mee, maak het in ieder geval bespreekbaar, ik hoef daar niet tussen te zitten. Maar zorg ervoor dat je het bespreekbaar maakt dat jullie er samen uitkomen. Er bestaan misvattingen hij denkt misschien dat en zij denkt misschien zo. Dat dat al misschien al voldoende is. Dat hun samen eruit komen dat er dingen zijn die ja die niet waar zijn dat je dat in ieder geval uit, naar elkaar toe dan. Dat geef ik vaak wel als tip. dat ze er samen over praten. Maar ja vaak dan merk je ook pas hoe een relatie is, is dat al niet zo of kwetsbaar en bij andere zie je wel die komen daar wel uit.

Het is dus belangrijk om het te bespreken voor de patiënt zodat ze met elkaar ook blijven praten.

Jazeker.

Welke punten bespreek jij omtrent seksualiteit?

Droge vagina en vrijen.

Wat bedoel je dan met vrijen?

Eerste dagen met condoom in de risicovolle periode, maar dat is misschien weer achterhaald geloof ik? Maar sommige vinden dat wel prettig omdat ze zien dat urine en ontlasting wel besmet is dat ze dan de eerste dagen dan met condoom. Maar met hormonen dat dit ook veel kan doen he, overgang of eerder in de overgang. Maar ja dat dit voor een jong meisje natuurlijk ook heel wat bij komt kijken. Ik twijfel ook altijd maar ja dat is ook wel voor de arts, met sperma invriezen, hoe zat dat ook alweer. Dat weet ik ook niet.

Zit er verschil bij jou tussen het bespreken bij een jong iemand en een ouder iemand?

In principe denk ik niet, maar ik denk wel dat bij jongere mensen het meer doet. Meer bang zijn wat er allemaal gaat gebeuren, ouderen zijn er misschien meer berust in terwijl dat helemaal niet hoeft, dat lijkt mij. Maar bij de jongere meer de overgang en zo.

We hebben het er net eigenlijk al wel een beetje over gehad. Hoe kan een opvoeding van een verpleegkundige het bespreken van seksualiteit beïnvloeden?

Dat denk ik zeker, heel erg zelfs. Als je het op school en thuis niet over hebt gehad en dan ga je de verpleging in en dan denk je kom maar vertel maar dan wordt het echt minimaal besproken, amper.

Ja dus daarin is het allemaal wel minimaal geweest?

Jazeker.

Dus als je kennis wordt bijgespijkerd en gesprekstechniek of openingszin aangereikt krijgt maakt het dan het bespreken makkelijker?

Ja dat denk ik wel, voor mij in ieder geval zeker, maar dan ook een aparte ruimte.

Dat zijn die voorwaarden waar je het dan over hebt, wat heb je nog meer nodig dan een aparte kamer?

Dan sowieso kennis, want als mensen doorvragen over hoe of wat ze dan zouden moeten doen dan zou ik ook wel meer moeten weten. Ik heb nu ook bij IKZ gekeken, maar dat is ook allemaal maar summier. Onduidelijk vind ik in ieder geval. Ik vind het ook moeilijk om aan te kaarten, moeilijk om over te beginnen maar ik luister wel.

Want welk gevoel roept het bij jou op als je het bespreekt?

Schaamte niet, ongemakkelijk. Daarom vind ik het zo knap als mensen er juist wel een vreemde erover willen vertellen. Voor de patiënt is het ook niet makkelijk om over te beginnen, die heeft het van thuis uit misschien ook niet meegekregen. Is gewoon verschillend.

Denk jij dat de patiënt het belangrijk vindt dat het besproken wordt?

Ik denk meer uhm echt lichamelijk defect zeg maar, bijvoorbeeld vaginacarcinoom. Ja dat speelt dan echt een grote rol in het leven. Ik denk wel dat patiënten het voor de patiënt fijn is dat we het aankaarten zodat hij weet dat hij het erover kan hebben.

Goed even samenvatten, de opvoeding van de verpleegkundige speelt zeker een rol. Daarnaast maakt het voor jou in principe niet uit of de patiënt jong of oud is, maar bij jongere mensen bespreek je het zeker omdat die mogelijk meer klachten ondervinden van de chemo en dan bedoel jij overgangsklachten. Je bespreekt het wel, maar voelt je er toch wat ongemakkelijk bij. Wat je verder prettig zou vinden is dat je een aparte kamer zou hebben en een openingszin of een gesprekstechniek waardoor het bespreken wat vloeiender verloopt. Daarnaast geef je ook aan dat je meer kennis zou willen over het onderwerp. Heb ik dan alles samengepakt?

Ja dat doe je goed.

Heeft de samenstelling waarmee de patiënt binnenkomt invloed voor jou bij het bespreken?

Daar heb ik eigenlijk nooit over nagedacht.

Maakt niet uit wie er bij zit voor jou?

Nee het moet gewoon besproken worden of in ieder geval gezegd worden. Ja o nee daar heb ik nog nooit over nagedacht. Nee dat maakt niet uit voor mij.

Dat kwam uit de focusgroep naar voren dat er een vertrouwensband/ klik moet zijn. Hoe is dat voor jou?

Ja dat denk ik wel, daarom is het intakegesprek fijn. Eerste contact en dat je er dan later wat makkelijk op terugkomt en uhm. Maar ja wat ik al zei daarom vind ik het zo knap dat mensen er al inderdaad over beginnen dan denk ik zo ik krijg hier heel wat te horen dan denk ik wel dat ze je al een paar keer gezien hebben vertrouwen in je hebben zodat ze denken dat kan ik wel kwijt aan #10. Dan kan je er ook op terugkomen, ik heb een goed geheugen . Zodat de patiënt ook denkt ze doet er iets mee want ze heeft het onthouden.

Als jij dus een intake hebt gedaan dan heb je dat natuurlijk besproken en dan vervolgens zou dat voor jou een aanleiding zijn voor jou om op terug te komen. Mensen herkennen je waardoor je dan toch meer die vertrouwensband mee hebt.

Ja en dat is nu dus echt wel anders nu we die intakes niet meer doen. Ik mis dat wel hoor, niet dat ik ze elke dag moet doen. Ja vertrouwen werkt zeker mee. Maar ja ik zeg al als ze beginnen of iets willen vertellen ik luister altijd. Kijk bij de opstart met prikken en zo dan heb je er weinig tijd voor om het te bespreken maar op een rustiger moment van de dag ga ik bij de patiënt zitten.

Nou duidelijk. Vertrouwen maakt het bespreken van het onderwerp makkelijker voor je dus?

Zeker.

Ik wil je bedanken voor je bijdrage, zijn er nog punten of onderwerpen die nog niet aan bod zijn gekomen voor jou?

Nee hoor, juist ik hoop in ieder geval dat we misschien een soort ingang krijgen of openingszinnen krijgen zodat het wat makkelijker maakt.

Samenvatting respondent 10, #10

Communicatie

Het bespreken van seksualiteit is niet standaard bij #10, alleen tijdens een intakegesprek. Dan is er een invalshoek om erover te beginnen. Doordat er over gesproken wordt maakt het makkelijker voor de patiënt, hierdoor laat je zien dat erover gesproken mag worden. #10 komt er op terug als patiënt het zelf aangeeft of bij jonge mensen. #10 vindt dat seksualiteit erbij hoort, dat de patiënt zeker uitleg hierover moet krijgen. #10 bespreekt het onderwerp niet makkelijk, merkt wel door ouder worden en meer ervaring dat het makkelijker gaat. De verantwoordelijkheid van het bespreken ligt bij de arts, de verpleegkundige geeft ook voorlichting maar meer speelt meer in op gevoel. #10 geeft aan dat het prettig zou zijn als er een ingang is om het te bespreken, hoe kan je over beginnen, zodat die overgang beter verloopt.

Kennis

#10 geeft aan te weinig kennis te hebben over seksualiteit. Hierin niet opgeleid. Wel over gelezen,. Bekend met de bijwerkingen, maar kan er verder niet op inspelen. Het belang voor de patiënt is duidelijk voor #10, "natuurlijk belangrijk!". Voor mensen ook een fijn gevoel en ook zeker voor de partner. De punten die besproken worden tijdens het intakegesprek zijn veiligheid rondom cave excreta, droge vagina en condoom gebruik, ook hormoonhuishouding die verstoord kan raken, overgang. #10 geeft aan niet op de hoogte te zijn van sperma invriezen, denkt er wel aan maar weet niet wat de procedure is.

Normen en waarden

Opvoeding kan volgens #10 heel erg meespelen bij het bespreken van seksualiteit. Het gevoel wat #10 heeft bij het bespreken is ongemakkelijkheid. Er is geen verschil voor #10 of er voorlichting gegeven moet worden aan een jonger of ouder iemand. Het bespreken van seksualiteit moet gewoon gedaan worden. Bij een jonger iemand doet het misschien wel wat meer. #10 vindt het moeilijk om aan te kaarten maar bespreekt het altijd. "Het is voor de patiënt fijn dat we het aankaarten zodat hij weet dat hij het erover kan hebben" aldus #10.

Voorwaarden

De voorwaarden die voor #10 belangrijk zijn is privacy, een aparte kamer. Daarnaast zijn rust en kennis en tijd ook een voorwaarden die van belang zijn. Als mensen doorvragen moet je ook handvatten kunnen geven. De samenstelling maakt voor #10 niet uit.

Vertrouwensband

#10 doordat je het intakegesprek deed had je al een band, waardoor je er makkelijker op terug kon komen. Als je een patiënt een paar keer hebt gezien krijg je ook een band, maar dat heeft even tijd nodig. Vertrouwen werkt zeker mee.

24-10-2018 Reactie respondent 10.

Ik vind het een goede samenvatting van wat we besproken hebben.

Interview 5. Respondent #11.

Welkom #11, fijn dat je mee wil deelnemen aan mijn onderzoek.

Zoals je weet doe ik mijn onderzoek over het bespreken van seksualiteit, hoe de verpleegkundigen dat ervaren. Mijn onderzoeksvraag is; Hoe ervaren oncologieverpleegkundigen op het oncologisch dagcentrum het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

Ik hoop handvatten te kunnen aanbieden aan Karin om eh het bespreken van seksualiteit te borgen binnen het behandeltraject.

Hiervoor moet ik dus eerst onderzoek doen, waaronder deze interviews. Ik heb eerst een focusgroep gehouden daarin zijn 6 verpleegkundigen met elkaar in gesprek gegaan aan de hand van vragen die ik had gemaakt en vervolgens zijn daar thema's uitgekomen die ik nu in de interviews uitdiep.

Oké duidelijk.

Goed eerst even de algemene vragen voordat we over gaan naar de thema's. Wat is je leeftijd?

56

Hoelang werk je als verpleegkundige?

Als oncologieverpleegkundige 6,5 jaar en als verpleegkundige vanaf '87 dus 31 jaar.

Het eerste thema is communicatie. Daar heb ik een aantal vragen over gemaakt. Wat is jou ervaring omtrent het bespreken van seksualiteit bij chemotherapie patiënten?

De laatste tijd weinig omdat je geen intakegesprekken meer doet. En op een vier persoonskamer of op een stoel dan moet het al heel erg hoog zitten bij iemand of je moet merken hier zit van alles niet lekker, wat zou er toch zijn, relatie man en vrouw dat er een opmerking gemaakt wordt of zo, maar dat is veel lastiger vind ik dan toen je intakegesprekken had. Want toen besprak ik het altijd, ik had volgens mij ook altijd een rood hoofd. En vaak wel een beetje met ehm een humorslag erin. Dat genegenheid en toch met elkaar leven als man en vrouw belangrijk was en dat je zeker niet moest denken dat alles besmettelijk was maar juist nu dichtbij elkaar zijn belangrijk was en dat seksualiteit daar ook een rol bij speelde. Zo besprak ik het en de een was heel open en kon je

daarop voortborduren en de andere haakte het af met van dat is niet meer aan de orde, dat gebeurde ook. Maar dan kon ik wel de behoefte een beetje proeven.

Hummen.

Maar ik heb ook wel vaker dat er altijd mogelijkheden waren om bijvoorbeeld bij een psycholoog of zo als er problemen waren tijdens de kuur dat er ook mogelijkheden waren binnen het ziekenhuis om daar nog wat begeleiding in te krijgen. Toen in die tijd was dat collega V de medisch psycholoog.

Weet je nu inderdaad naar wie je door kan verwijzen? De wegen die je moet bewandelen?

Ik zou nog steeds doorverwijzen naar een medisch psycholoog, en als ze vaker bij de regieverpleegkundigen komen of zo zou ik ook zeker zeggen want dat is ook in een kleinere ruimte en niet in een groter geheel dus dat zou ik wel weten denk ik.

Bespreek jij seksualiteit makkelijk?

Nou ja wat ik zeg, ik vond het best wel lastig soms, maar met een beetje humorslag durfde ik er wel over te praten.

Maar ik hoor jou ook zeggen maar mijn aanleiding was mijn intakegesprek?

Ja klopt, maar als ik denk hier wringt iets of hier loopt iets niet lekker dan probeer ik het wel aan te kaarten maar ik vind het op een vierpersoonskamer gewoon heel lastig.

Ja dat is niet heel fijn ben ik met je eens.

Ja dan doe je het niet tussen de soep en aardappelen door en hier in deze ruimte kon je het wel gewoon bespreken en dan had je ook een ingang vond ik want dan zag je die mensen weer en dan had je een ingang als er dingen niet lekker liepen of problemen of nou dan kon je dat makkelijker bespreken.

Ja ja. Want kom je er nu, als mensen een intake hebben gehad na drie werken erop terug? Op punt 9? Als je geen aanleiding hebt?

Nee, **nee veel minder dan, nee. Dan moeten ze er zelf iets over zeggen.**

Als de patiënt het zelf aangeeft dan wel?

Ja.

Bij wie ligt de verantwoordelijkheid vind jij?

Ik denk bij allebei. **Zeker in een intakegesprek moet je het bespreken want het heeft toch invloed chemo krijgen of hormonen of immuno het heeft invloed. Dus ik vind zeker dat je het moet bespreken.** Eh in de specifieke kuurinformatie staat meestal niks, want dat vind ik dan jammer, want mensen **die net zo blauw zijn als ik zouden dat thuis dan nog lezen en zouden dan misschien toch nog makkelijker 1 op 1 met een vraag komen.** Dus dat vind ik dan wel jammer. En ehm natuurlijk is het ook wel eh eh **verantwoordelijkheid van een patiënt maar als je dan al niet lekker bent en als je al ziek zwak en misselijk bent ga je dat dan ook nog met een vreemde bespreken? Ik denk dat het dan een beetje weggeduwd wordt.** Terwijl wel als mensen langer kuren hebben heel veel kapot kan maken dus ik denk dat het eigenlijk wel heel serieus is om het wel te bespreken.

Speelt de arts nog een rol?

Ik mag hopen dat hij er ook nog iets van zegt. Net zoals wij ons riedeltje deden tijdens de intake mag ik toch hopen dat hij dat ook doet. En dat zie je steeds meer vind ik er zijn ook vaak een 2e relatie of een relatie stuk om seksualiteit en dan denk ik dat het soms al een drempel is of mensen hellen helemaal over naar de andere kant dat ze bijna daar alleen maar aan denken. Je weet het niet, je moet heel voorzichtig zijn van noem ik iemand een partner of noem ik iemand een echtgenoot of hoe zit het hier in elkaar?

Je bedoelt met wie de patiënt komt, de samenstelling van de "groep"?

Ja, met wie is ze.

Heeft dat nog invloed voor jou met wie de patiënt is?

Dat je een beetje de achtergrond weet meer. Soms zie je ook een oudere mevrouw met een jongere man of net andersom of met een demente man of dan zijn wel wat ouder maar goed soms zijn mensen ook jong dement. Meer die verhouding zeg maar. Ehhhm eh als de patiënt heel ziek is en er zit een zwakker iemand naast dan is het al lastig om gewoon voor elkaar te zorgen en dan wordt seksualiteit nog moeilijker en toch heb je genegenheid heel erg nodig.

Zeker. Wat heb je nodig op het vlak van gesprekstechnieken of communicatie?

Op dit gebied? Nou misschien toch wel iets meer kennis, ook wel iets meer de vrijheid om het te bespreken en ja dat mis ik nu wel op een kamer.

Wat versta je onder de vrijheid?

Nou ik ben zelf nou niet eh zo heel open dat ik dat met Jan en alleman zou bespreken terwijl ik er zelf wel vaker over nadenk hoe zou het zijn als je chemo krijgt want het zijn heel veel jongen mensen. Hoe zou je daarmee omgaan, heel veel valt er weg zou ik dat? Dus ik probeer daar wel eens over na te denken hoe zouden wij daar mee omgaan partner en ik? Hoe belangrijk zou dat nou zijn en dan probeer ik me te verplaatsen in iemand waarbij ik aan bed zit.

Denk jij dat de patiënt het belangrijk vindt dat wij het bespreken?

Ik denk het wel want het is toch bijna bij iedereen een deel van je leven. Laat ik vanuit gaan ehhm en juist in deze tijd dat je verdrietig en ziek bent heb je denk ik graag zeker een arm om je schouder of een beetje genegenheid en als je dan alleen maar bang bent op besmetting of bang bent om iemand pijn te doen en ik denk het gevoel ook heel anders kan zijn als je chemo krijgt. Dat het ook heel ver van je bed kan staan voor degene die chemo krijgt en de ander blijft toch zijn behoeftes houden.

Goed even samenvatten. Jij besprak het altijd tijdens de intakegesprek. Nu we die niet meer doen is er eigenlijk geen aanleiding meer voor en bespreek je het alleen wanneer de patiënt er zelf over begint. Je weet naar wie je door kan verwijzen. Het bespreken van seksualiteit vind je de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige maar ook van de patiënt en de arts. Bij het

bespreken van seksualiteit vind je het fijn dat je weet wat de achtergrond is van iemand die erbij is zodat je hierbij rekening mee kan houden. Het belang van seksualiteit is duidelijk voor je want in deze tijd van verdriet en ziek zijn heb je juist een arm om je heen nodig of genegenheid. Klopt het wat ik zeg?

Ja absoluut.

Hoe weet je dat je voldoende kennis hebt?

Dat weet ik niet precies want uhm de kuren worden milder denk ik en de behoeftes van de patiënt moet je al een beetje peilen maar ook er zijn zoveel jongere mensen. Toen ik 6,5 jaar geleden mijn opleiding deed vond ik mijn leeftijd nog oud maar nou zie ik zoveel mensen jonger zijn dus ik denk dat seksualiteit eigenlijk belangrijker wordt om te bespreken met de patiënt. De categorie patiënt wordt anders. En hoe weet ik nou dat ik voldoende kennis heb? Ik ben niet helemaal op de hoogte van de laatste ontwikkelingen. Nee.

Ja dat zeg je eigenlijk wel mooi dat de patiëntencategorie veranderd en daardoor de behoefte ook.

Ja dat zie ik gebeuren en die nieuwe middelen die ook vaker worden ingezet daar krijg je niet zoveel bijscholing over dus dan moet je echt al gaan zoeken nou hier is nooit geen tijd. Ik ga best wel vaak naar een lezing of zo maar vaak niet op dit gebied, maar het is denk ik heel belangrijk.

Dus in die zin zou de kennis opgefrist mogen worden maar vooral ook eh van het nu, de nieuwe ontwikkelingen maar ook om handvatten aan te kunnen bieden?

Ja en bij nieuwe middelen eigenlijk zou het om de paar jaar toch wel eens in een scholing dag naar voren moeten komen.

Welke onderwerpen bespreek jij tijdens het bespreken van seksualiteit?"

Eh nou ja het droger worden van de vagina, behoefte hebben. Dat de behoefte heel verschillend kan zijn van degene die ziek is en van degene die niet ziek is, maar dat je toch wel partners bent en blijft en eh ja en dan als er problemen zijn dat ze dan ook nog wel via medisch psycholoog die meer op dat gebied gericht is daar contact voor kunnen vragen. Dat ze voor dat contact bij ons

kunnen zijn en dat wij ze dan via via door kunnen verwijzen? En dat de behoeftes anders kunnen zijn he.

Ja die behoeftes.

Ja die benoem ik eigenlijk altijd wel het is toch een rommel in je lijf en je kunt alles anders beleven.

Vind ik goed gezegd #11. We kunnen ook echt van elkaar leren want hoe jij dit brengt is zeker ook goed.

Het blijft een ding om het erover te hebben dat vind ik een nadeel op een vierpersoonskamer en geen intakes meer. En ik vond altijd met de patiënt waarmee je intake hebt gehad had je toch een andere klik, ik weet niet waarom.

Ja dat is ook een thema. Maakt het dan toch makkelijker als je een intake hebt gedaan?

Ja vind ik wel. Of die mensen hebben dan een aanklampingspunt en je ziet ze bijna altijd wel een keer of je moet op vakantie of ziek zijn maar dan heb je toch altijd wel even, of je liep bij die mensen even binnen en dat was bijna nooit dat je totaal geen klik met iemand had en dat vond ik dan mooi en dan had je ze ook apart gehad. Dan had je al een beetje geproefd van, dat is wel een beetje zelf invullen, maar dan had je toch al een beetje feeling van o dat zit wel snor of die zijn open of die gaan er toch anders mee om. Je ziet een hand op de schouder, een traan of de ander draait om of die zegt o dat is niet nodig voor ons en dan dacht ik nou toch in de gaten houden. Ik vond dat je daar veel uit kon halen.

Kom je daar dan makkelijk op terug?

Ja ja en dan soms wel zachtjes soms zittend bij het bed een beetje smoezen maar dan wel van zijn er nog andere problemen en dan kon je het ook aangeven van we hebben het er toen over gehad en gaat het allemaal en dan kon je er zo op inspelen.

Dat is ook een van die voorwaarden, een kamer apart in plaats van een vierpersoonskamer zijn er nog andere voorwaarden? Meer kennis zei je maar nog andere?

Ja nee je moet eigenlijk een klik hebben met die mensen, een beetje een klik is makkelijker voor mij in ieder geval. Ik kan me voorstellen dat andere collega's dat wel erin durven te gooien. Maar ik vind toch wel dat je dat niet zo plomp verloren, wil je koffie en dat dan gaan bespreken.

Ja dat is ook een manier. Stel je zou hier altijd een heropname doen in dit kamertje zou je het dan bespreken?

Ja ik zou het altijd in een intakegesprek bespreken, dat heb ik me eigen vanaf het begin af aan, terwijl ik het wel lastig vond in het begin, en dat zeg ik dan misschien ook wel met een rood kleurtje en humor, maar ik besprak het altijd. Vanaf het begin heb ik me dat aangeleerd om het wel te doen.

Nou hebben al die mensen een intake gehad en we gaan hier voortaan de heropnames doen (aparte kamer) voor kuur 3,4, en 5 zou het dan een standaard onderwerp worden?

Ja want dan zou ik wel alles via een standaard lijstje aflopen en dan zou ik ook alle punten bespreken. Dat zou me wel helpen zo'n lijstje.

Welk gevoel geeft bespreken van seksualiteit jou?

Ehm ja soms een beetje een schaamte he want ze komen hier voor chemo ze hebben al zoveel ellende aan de andere kant probeer ik daar de openheid mee te creëren en ik er ook wel vaak bij als zin ik vind het altijd lastig om te bespreken want het is echt privé naar mijn idee maar toch wil ik het benoemen dat het gevoel heel anders kan zijn en dan is de een de patiënt en de andere de gezonde maar je moet er wel samen mee dealen.

Zo weer zo mooi verwoord.

Ja en ik kreeg ook altijd wel een reactie.

Ja dat snap ik wel want je houdt het ook bij jezelf en je geeft aan wat het met jou doet. Mooi. Heeft de houding van een patiënt invloed op het bespreken?

Ja zeker want als een patiënt dan makkelijker inhaakt op mij dan ben ik ook soepeler maar als een patiënt of het wegwaait dan gaf ik vaak wel aan weet dat er mogelijkheden zijn of dat als er problemen zijn of later blijkt dat het toch moeilijk is dat we er dan wel iets mee kunnen en dat er ook extra ondersteuning bij kan krijgen dat gaf ik dan wel aan en dan liet ik het er verder bij en als

mensen heel open waren dan eh ja dan zeiden ze zelf al wel van ja dat zit wel goed dan hoeft je niet echt in detail te treden maar dan kon je wel van condoom. Soms begon het verhaaltje ook wel bij het toilet want ik heb ook wel eens mensen gehad die dachten dat de partner in de schuurtje moest slapen en dan deed ik het wel op een humoristische manier maar wel terug vertalen als je gewoon de toilet schoon houdt en gewoon hygiënisch werkt dat juist belangrijk was om samen te zijn.

Is het makkelijker voor jou om voor een jonger iemand uitleg te geven of een ouder iemand?

Maakt me niet zoveel uit.

En de samenstelling, met partner of kinderen?

Nee ik probeer altijd af te tasten hoe dat het in elkaar zit maar ook al waren er kinderen bij dan benoemde ik het toch en dan hoorde je vaak wel nou we zijn al oud of dat ligt op een laag pitje maar ik heb ook wel eens gehad dat iemand zei dat wil ik niet weten ik ga wel naar buiten, als kind zijnde dan he.

O echt ja?

Ja dat kan ook dat hoeft ik niet te weten. En sommige mensen zeiden daar komen we samen wel aan uit.

Denk je dat de opvoeding van de verpleegkundige invloed heeft op het bespreken?

Ook dat denk ik zeker en leeftijd ook.

Ja?

Ja wij zijn veel preutser opgevoed denk ik, ik kom echt uit een beschermd gezin. Ik denk dat jongeren daar veel makkelijker over kunnen praten en niet per definitie, want er zullen ook jongeren zijn die dezelfde opvoeding hebben zoals ik, maar als ik hoor hoe er soms in de koffiekamer hoe open iedereen is en ik wil niet zeggen dat dat dan beter is, maar wel opener denk ik makkelijker.

Meer uit taboe sfeer? Zit er überhaupt een taboe op?

Ja ik denk toch wel. Zou jij alles vertellen?

Nee ik denk het niet, praat er ook niet zo makkelijk over.

Jongeren praten daar makkelijker over en kunnen er beter meer omgaan over het algemeen.

Ja maar jouw ervaring heeft ook veel invloed.

Ja en een stuk levenservaring en een stuk ervaring en een stuk mensenkennis die je op je twintigste nog niet hebt.

Wat ik vaak wel merkte of ook wel probeerde uit te leggen of aan te geven dat seks als het alleen maar die daad is waar de jeugd het allemaal over heeft of het gewoon samen ziek zijn en samen, lekker samen op de bank met een kaasje of lekker in bed dat de een ziek is terwijl de ander er de aandacht voor heeft een kopje thee brengt dat heeft niks met seks te maken maar wel met genegenheid en wel met samen ziek zijn en beleven.

Nou dat is een mooie afsluiting #11! Dankjewel voor je bijdrage. Zijn er nog punten die we niet hebben besproken?

#11 nee ik denk dat wel alles wel hebben besproken wat van belang is. Ben benieuwd naar de uitkomst.

Samenvatting respondent 11, #11

Communicatie

#11 geeft aan nu er geen intakegesprekken meer plaats vinden op het oncologisch dagcentrum dat het nauwelijks aan bod komt of het moet heel hoog zitten bij de patiënt of dat je zelf merkt dat er meer aan de hand is. Het bespreken van seksualiteit blijft lastig nu vooral omdat je er geen aanleiding voor hebt. Tijdens de intake bespreekt #11 het altijd, daarna niet meer tenzij de patiënt het zelf aangeeft. De verantwoordelijkheid van seksualiteit ligt bij beide vindt #11, de verpleegkundige en de patiënt. De arts hoort voor aanvang van de chemo seksualiteit te bespreken, maar of hij dit ook doet is onduidelijk. #11 seksualiteit is bijna voor iedereen een deel van het leven dus het is belangrijk om het te bespreken. Het blijft een ding om het erover te hebben, aldus #11. Het is wel heel serieus om het te bespreken.

Kennis

#11 is niet op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, daarnaast veranderen ook de behandelingen die ook invloed hebben op seksualiteit. Als het terugkomt tijdens een scholingsdag zou al prettig zijn. #11 bespreekt het droger worden van de vagina, dat de behoeften anders kunnen worden en verder dat ze altijd bij ons terecht kunnen voor doorverwijzing.

Normen en waarden

Opvoeding en leeftijd van de verpleegkundigen speelt zeker een rol in het bespreken van seksualiteit volgens #11. Het gevoel wat bij #11 komt kijken is wel een beetje schaamte het is toch wel privé waar je het over hebt. Jongeren praten er makkelijker over. Er is ook echt nog wel een taboe op seksualiteit. Een stuk levenservaring, en een stuk ervaring op de werkvloer en mensenkennis zorgt er wel voor dat het bespreken “makkelijker” gaat, waardoor er openheid wordt gecreëerd. Als de patiënt open is dan praat je er makkelijker over.

Voorwaarden

De voorwaarden die voor #11 van belang zijn is dat de achtergrond bekend is, wie zit er aan de tafel. De samenstelling maakt niet uit, als het maar duidelijk is wie welke rol heeft in het leven van de patiënt. Daarnaast moet de kennis over de invloed van chemo op seksualiteit opgefrist worden zodat je op de hoogte bent van de laatste ontwikkelingen rondom seksualiteit. Een ander punt is de privacy, nu op een vierpersoonskamer kan je het niet bespreken.

Vertrouwensband

Zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt een vertrouwensband prettig. Dit werkt voor beide positief. Dit maakt het makkelijker om te bespreken. #11 tijdens een intake bouw je aan band op of heb je een klik waardoor je ook feeling kreeg met de patiënt waardoor je er later makkelijker op terug kon komen.

23-10-2018 Reactie respondent 11.

Verslag gelezen, akkoord

Bijlage J Codeboom semigestructureerde interviews

Fragment	Open codering	Axiale codering	Selectieve codering
Communicatie			
“wordt niet altijd gedaan op de afdeling, uhm, er wordt ook niet altijd naar gevraagd” #7	Niet altijd gedaan en niet gevraagd	Informatie	Aanleiding
“niet makkelijk, maar ik bespreek het wel” #7	Niet makkelijk bespreken	Inleiden	Gesprekstechniek
“tijdens intakegesprekken, of aan bed” #7	Intakegesprekken of aan bed	Moment	Aanleiding
“voor de rest alleen maar tijdens intakegesprek” #7	Alleen tijdens intakegesprek	Moment	Aanleiding
“wij geven de voorlichting” #7	Voorlichting geven	Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid
“ik vind dat echt iets voor de verpleegkundige” #7	Voor de verpleegkundige	Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid
“hoe je het een beetje luchtiger kunt brengen” #7	Luchtiger brengen	Inleiden	Gesprekstechniek
“een openingszin bijvoorbeeld” #7	Openingszin	Opening	Gesprekstechniek
“dat het niet pats boem wordt besproken” #7	Pats boem besproken	Inleiden	Gesprekstechniek
“ook niet weten hoe je het bespreekt” #7	Niet weten hoe	Inleiden	Gesprekstechniek
“hoe je het brengt” #7	Hoe je het brengt	Inleiden	Gesprekstechniek

“is de intake het eerste of als ze op de poli komen” #7	Intake het eerst of op de poli	Moment	Aanleiding
“hoe je het luchtiger kunt brengen” #7	Luchtiger brengen	Inleiden	Gesprekstechniek
“natuurlijk met de intakegesprekken besprak je het natuurlijk altijd” #8	Intakegesprek besprak je het altijd	Moment	Aanleiding
“Nou ik zou er eigenlijk niet snel met mensen over praten nee. Tenzij ze iets zelf over vragen, dan ga ik er wel op in natuurlijk” #8	Niet snel op in, tenzij ze zelf iets vragen	Vervolg	Aanleiding
“omdat mensen dan weten dat ze bij ons terecht kunnen met vragen of als ze problemen hebben. Deels ligt de verantwoordelijkheid ook bij de patiënt” #8	Terecht kunnen met vragen, verantwoordelijkheid deels patiënt	Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid
“hoe ik het voor mezelf makkelijker zou kunnen maken om er over te beginnen” #8	Makkelijker maken om over te beginnen	Inleiden	Gesprekstechniek
“kort en krachtig” #8	Kort en krachtig	Inleiden	Gesprekstechniek
“eerlijk te zijn was het met die flap over besprak je het beter dan dat je de nieuwe vorm. Want in de	Flap over beter dan nu de kuurspecifieke informatie	Aanleiding	Aanleiding

nieuwe vorm bespreek je alleen maar de kuurspecifieke bijwerkingen en staat seksualiteit er niet meer op, waardoor het wel heel veel minder besproken wordt" #9			
"ik vind dat we het onderwerp slechter wordt besproken in de loop der jaren" #9	Slechter besproken in de jaren	Aanleiding	Aanleiding
"we weten allemaal wel dat we het zouden moeten bespreken, maar we doen het niet standaard" #9	Allemaal moeten bespreken, niet standaard	Taak	Verantwoordelijkheid
"maar het is nu niet meer standaard bij mij op de kaart om het te bespreken. De anamnese is natuurlijk ook anders dan vroeger" #9	Niet standaard meer op de kaart	Moment	Aanleiding
"je wordt er niet op geattendeerd eigenlijk" #9	Op geattendeerd	Herinnering	Aanleiding
"ik denk wel dat dit eigenlijk wel bij ons ligt" #9	Dit ligt bij ons	Taak	Verantwoordelijkheid
"je steekt anders in als iemand jong is" #9	Steekt anders in bij jong iemand	Inleiden	Gesprekstechniek

“een soort evaluatie tijdens de chemo, waar staan we nu, hoe gaat het, dat je dan seksualiteit kan bespreken. Met een soort leidraad” #9	Evaluatie tussen de chemo	Vervolg	Aanleiding
“doordat jij hiermee bezig bent ben ik er al meer mee bezig dat ik het moet bespreken” #10	Meer mee bezig dat ik het moet bespreken	Belang	Aanleiding
“mijn ervaring is dat het niet standaard ter sprake komt, bij mijn in ieder geval, ik heb tijdens het intakegesprek een goede invalshoek heb omdat je het dan moet bespreken dan komt het met de bijwerkingen ter sprake. Dan vind ik het makkelijk om het dan bespreekbaar te maken” #10	Niet standaard ter sprake, goede invalshoek intakegesprek	Moment	Aanleiding
“Ik ga niet het rijtje hoe is het met eten, moeheid, ontlasting zit bij mij niet seksualiteit bij. Zou iets moeten zijn om erover te hebben” #10	Seksualiteit zit niet in het rijtje, zou iets moeten zijn	Inleiden	Aanleiding

“dat ik een zin, openingszin wil hebben hoe je dat kan doen.” #10	Openingszin	Voorbeeld	Gesprekstechniek
“daarom is het intakegesprek fijn, eerste contact en dat je er dan later wat makkelijker op terugkomt” #10	Intakegesprek fijn, eerste contact kan je makkelijk op terug komen	Vervolg	Aanleiding
“de laatste tijd weinig omdat je geen intakegesprekken meer doet” #11	Laatste tijd weinig, geen intakegesprekken	Aanleiding	Aanleiding
“veel lastiger vind ik dan toen je intakegesprekken had” #11	Lastiger nu dan bij intakegesprekken	Aanleiding	Aanleiding
“vaak wel met een beetje met ehm humorslag erin” #11	Met beetje humorslag	Manier waarop	Gesprekstechniek
“ja dat doe je niet tussen de soep en aardappelen door en hier in deze ruimte kon je het wel gewoon bespreken en dan had je ook een ingang vond ik” #11	Niet tussendoor, aparte ruimte, ingang	Het moment	Aanleiding
“nee nee veel minder dan, nee. Dan moeten ze er zelf iets over zeggen” #11	Minder, dan moeten ze er zelf iets over zeggen	Vervolg	Aanleiding

“Zeker in een intakegesprek moet je het bespreken want het heeft toch invloed chemo krijgen of hormonen of immuno het heeft invloed. Dus ik vind zeker dat je het moet bespreken” #11	Intakegesprek zeker het heeft invloed, je moet het bespreken	Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid
“die net zo blue zijn als ik zouden dat thuis dan nog lezen en zouden dan misschien toch nog makkelijker 1 op 1 met een vraag komen” #11	Blue zijn, makkelijk 1 op 1 op terug komen	Aankaarten	Aanleiding
“het blijft een ding om het erover te hebben” #11	Ding om erover te hebben	Inleiden	Gesprekstechniek
“ik vind dat toch el dat je dat niet zo plomp verloren, wil je koffie en dat dan gaan bespreken” #11	Plompverloren bespreken	Het moment	Aanleiding
“want dan zou ik wel alles via een standaard lijstje aflopen en dan zou ik ook alle punten bespreken. Dat zou me wel helpen zo’n lijstje” #11	Standaard lijstje zou helpen	Vervolg	Aanleiding
“want als een patiënt makkelijker inhaakt op	Makkelijker inhaken, soepeler	Voorlichting	Gesprekstechniek

mij dan ben ik ook soepeler" #11			
"we vragen het eigenlijk niet meer na, na een intakegesprek" #7	Niet meer navragen na intake	Vervolg	Aanleiding
"ik eigenlijk daarna ook niet meer met de patiënten erop terug kom" #8	Daarna niet meer op terug komen	Vervolg	Aanleiding
"ligt natuurlijk ook wel een beetje aan qua leeftijd" #8	Ligt aan de leeftijd	Erover beginnen	Gesprekstechniek
"bij jonge mensen logisch om bij aan te snijden, maar ik vond het altijd wel lastig om dan heb je een 75 jarige vrouw voor je om dat dan aan te snijden" #8	Jonge mensen logisch, moeilijk bij 75 jarige	Erover beginnen	Gesprekstechniek
"dat je een beetje achtergrond weet meer" #11	Achtergrond kent	Inleven	Gesprekstechniek
Kennis			
"dus ik denk dat het daarom snel wordt overgeslagen" #7	Snel wordt overgeslagen	Belang	Kennis van het onderwerp
"over condoom gebruik en dat ze wel mogen zoenen bijvoorbeeld dat maar niet echt heel diep, uitgebreid" #7	Condoom en wel zoenen, niet heel diep	Onderwerpen	Inhoud gesprek

“knuffelen, maar ook met de kleinkinderen”#7	Knuffelen en kleinkinderen	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“het hoort erbij”#7	Hoort erbij	Belang	Kennis van het onderwerp
“Vooral de kennis”#7	De kennis	Kennis	Kennis van het onderwerp
“je regelmatig merkt dat patiënten het fijn vinden om het toch te bespreken”#7	Fijn vinden om het te bespreken	Reden	Kennis van het onderwerp
“steeds meer jongeren mensen hier op de afdeling, dus ik vind dat het zeker wel besproken moet worden”#7	Jongeren mensen, zeker besproken moet worden	Belang	Kennis van het onderwerp
“ik denk wel dat ik dat minimaal deed, gewoon zeggen wat moet”#8	Minimaal, zeggen wat moet	Voorlichting	Inhoud gesprek
“met condoom te doen en kussen mag allemaal ja en dat is het”#8	Condoom en kussen dat is het	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“terwijl het eigenlijk voor heel veel mensen hartstikke belangrijk is”#8	Heel veel mensen hartstikke belangrijk	Belang	Kennis van het onderwerp
“hoe weet je nou of ze het doen of niet?” #8	Nog doen of niet	Belang	Kennis van het onderwerp
“maar ik denk wel dat ik daar te weinig kennis over heb”#8	Weinig kennis	Voorlichting	Kennis van het onderwerp

“maar die handvatten die je aan kan reiken, die weet ik niet”#8	Handvatten aanreiken, weet ik niet	Tips	Inhoud gesprek
“nou ik kan me zo voorstellen dat als ze klachten hebben dat ze het eigenlijk belangrijk vinden dat het besproken wordt”#8	Bij klachten besproken worden	Belang	Kennis van het onderwerp
“iedereen doet het”#8	Iedereen doet het	Kennis	Kennis van het onderwerp
“nou ja moet ik wel zeggen bij een intakegesprek als er dan iemand van bijvoorbeeld 50 daar zit en die heeft ook haar dochter en partner bij dan denk ik wel ik moet het gezegd hebben”#8	Intake dochter erbij, het moet	Belang	Kennis van het onderwerp
“wanneer je het over cave excreta had”#9	Cave excreta	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“nu meer ervaring hebt”#9	Meer ervaring	Kennis	Kennis van het onderwerp
“compacte informatie omdat er anders heel veel verloren ging in wat mensen opslaan”#9	Compacte informatie, opslaan	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“ik denk dat wij de mensen kunnen	Mensen inschakelen bij problemen	In consult	Doorverwijzing

inschakelen als er problemen zijn"#9			
"omdat het niet meer up to date is dat je gewoon de laatste trends in het oncologisch stuk met ehm seksualiteit"#9	Up to date met kennis	Up to date	Kennis van het onderwerp
"net zoals wij zeggen ouderen mensen doen het vast niet meer"#9	Ouderen mensen doen het niet meer	Kennis	Kennis van het onderwerp
"het is wel zo als iemand echt problemen heeft om de wegen te bewandelen van wat je ermee kan doen dat zou ik moeilijker vinden"#9	Welke wegen bewandelen bij problemen	Consult	Doorverwijzing
"wat de bijwerkingen konden zijn"#9	Bijwerkingen	Onderwerpen	Inhoud gesprek
"veel andere dingen aan bod komen, je rijtje van bijwerkingen en dan wordt dit vaak als laatste, waar je niet meteen aan denkt"#10	Andere dingen aan bod, dit als laatste, denk je niet aan	Kennis	Kennis van het onderwerp
"als iemand echt problemen of met jongeren mensen dan probeer ik zachtjes ook al hebben we de ruimte niet, vraag ik hoe is het"#10	Bij problemen en bij jongeren ook al hebben we de ruimte niet	Vervolg	Kennis van het onderwerp

“het hoort er ook gewoon bij”#10	Hoort er gewoon bij	Belang	Kennis van het onderwerp
“veiligheid rondom excreta, sowieso met vrijen, condoom, droge vagina. Niet veel” #10	Excreta, vrijen, condoom, droge vagina	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“dat is ook wel hoe ouder dat je wordt dat het makkelijker gaat. Je hebt ook wat meer ervaring” #10	Ouder je wordt, makkelijker, meer ervaring	Ervaring	Kennis van het onderwerp
“natuurlijk is het belangrijk! Voor mensen ook een fijn gevoel en ook zeker voor de partner”#10	Natuurlijk belangrijk, voor patiënt en partner	Belang	Kennis van het onderwerp
“maar met hormonen dat dit ook veel kan doen he, overgang of eerder in de overgang”#10	Hormonen en overgang	Onderwerpen	Inhoud gesprek
“sowieso kennis, want als mensen doorvragen over hoe of wat ze dan zouden moeten doen dan zou ik ook wel meer moeten weten”#10	Meer kennis, bij doorvragen.	Up to date	Kennis van het onderwerp
“maar dan kon ik wel de behoefte een beetje proeven”#11	Behoefte proeven	Informatie	Inhoud gesprek

“ik heb ook wel vaker dat er altijd mogelijkheden waren om bijvoorbeeld bij een psycholoog of zo als er problemen waren tijdens de kuur dat er ook mogelijkheden waren binnen het ziekenhuis”#11	Mogelijkheden psycholoog of binnen het ziekenhuis	Doorsturen	Doorverwijzing
“het is al lastig om gewoon voor elkaar te zorgen en dan wordt seksualiteit nog moeilijker en toch heb je genegenheid heel erg nodig”#11	Seksualiteit moeilijker en toch genegenheid nodig	Informatie	Kennis van het onderwerp
“ik ben niet helemaal op de hoogte van de laatste ontwikkelingen”#11	Niet op de hoogte	Up to date	Kennis van het onderwerp
“het droger worden van de vagina, behoefte hebben, dat de behoefte heel verschillend kan zijn van degene die ziek is en van degene die niet ziek is”#11	Droger worden van de vagina en behoefte verschillen	Gespreksonderwerpen	Inhoud gesprek
“soms begon het verhaaltje ook wel bij het toilet”#11	Verhaaltje bij het toilet	Gespreksonderwerpen	Inhoud van het gesprek
Normen en Waarden			

"omdat het een beetje taboe is" #7	Beetje taboe	Gevoel	Beleving
"heel privé is voor mensen" #7	Heel privé	Interpretatie	Beleving
"omdat het een intiem stukje is denk ik" #7	Intiem stukje	Interpretatie	Beleving
"dat de patiënt niet overvallen wordt met de vraag" #7	Overvallen met de vraag	Gevoel	Beleving
"toch het taboe" #7	Taboe	Interpretatie	Beleving
"verlegenheid" #7	Verlegenheid	Gevoel	Beleving
"toch moet je het vragen maar dat is dan die professionaliteit denk ik waar je het dan op moet gooien en je eigen waarden en normen aan de kant moet zetten" #7	Professionaliteit en eigen waarden en normen aan de kant	Competentie	Houding
"zeker niet omdat je niet weet hoe patiënten er zelf over denkt" #7	Niet weet hoe patiënt denkt	Gevoel	Beleving
"ik dat ook altijd wel lastig vind" #8	Lastig vinden	Gevoel	Beleving
"beetje taboe" #8	Taboe	Interpretatie	Beleving
"toch wel moeilijk is om over te praten zo intiem" #8	Moeilijk over praten, zo intiem	Gevoel	Beleving
"ik bespreek het ook niet makkelijk" #8	Niet makkelijk bespreken	Gevoel	Beleving
"wij als verpleegkundigen moeten laten zien dat	Verpleegkundigen open staan om het te bespreken	Competentie	Houding

wij er ook open voor staan om dat met hun te bespreken"#8			
"met minder gene. Ja, dat het minder ongemakkelijk is"#8	Minder gene, minder ongemakkelijke	Gevoel	Beleving
"dat andere mensen dat ook hebben, dat die het ook moeilijk vinden om te bespreken. Ik denk dat het heel erg per persoon afhankelijk is of ze daar echt behoefte aan hebben of niet."#8	Andere mensen ook moeilijk, afhankelijk per persoon	Gevoel	Houding patiënt
"de een praat er makkelijker over dan de ander"#8	Praat er makkelijk over	Houding	Houding patiënt
"ongemakkelijk, rood hoofd"#8	Ongemakkelijk, rood	Gedrag	Beleving
"ik heb dat gewoon bij oudere mensen dat ik me afvraag of ze het nog doen" #8	Afvragen of ze het nog doen	Interpretatie	Beleving
"je bent natuurlijk een verpleegkundige" #8	Natuurlijk verpleegkundige	Houding	Houding
"ik heb soms ook het gevoel dat de patiënt zich ook wel opgelaten voelt als ik erover begin" #8	Patiënt opgelaten	Gevoel	Houding patiënt

“intiem onderwerp is, waardoor mensen wel ja dat weet je heel stom eigenlijk iedereen er een beetje verlegen van wordt” #9	Intiem onderwerp, iedereen verlegen	Gevoel	Beleving
“toen ik net begonnen was vond ik dat moeilijker” #9	Net begonnen, moeilijker	Competentie	Houding
“patiënt is kwetsbaar” #9	Patiënt kwetsbaar	Gevoel	Houding patiënt
“wij de voorlichters zijn” #9	Voorlichters	Competentie	Houding
“wij iets toegankelijker zijn daarover” #9	Toegankelijker	Houding	Houding
“nee want dan ga je iemand in een ongemakkelijke situatie brengen” #9	Ongemakkelijke situatie	Gevoel	Houding patiënt
“taboe op seksualiteit dat heeft niks met de oncologie te maken” #9	Taboe op seksualiteit los van oncologie	Taboe	Beleving
“maar zolang wij er geen issue van maken is het voor de patiënt ook makkelijker om te bespreken” #9	Geen issue van maken, makkelijker te bespreken	Houding	Houding
“ik denk dat wij heel vaak denken o daar staat hun hoofd nu echt niet naar of zo. Ik denk dat wij daar heel	Staat hun hoofd niet naar, makkelijk over denken	Gevoel	Beleving

vaak makkelijk over denken" #9			
"ik denk dat je dat wel als je het normaler kan maken dat je het dan wel bespreekt, als je er samen meer over hebt dat het dan toch gewoner wordt" #9	Normaler kan maken door te bespreken	Competentie	Houding
"dat je als verpleegkundige erover begint maakt het makkelijker voor de patiënt" #10	Verpleegkundige over beginnen makkelijk voor patiënt	Competentie	Houding
"dan denk ik o wat ze allemaal verteld dan denk ik moet ik dit opschrijven. Kan ook weleens bij seksualiteit dat je het erover hebt maar niet altijd noteert" #10	Moet ik dit allemaal opschrijven? Wel over hebben niet altijd noteert	Gevoel	Beleving
"toen ik net begon, pff had ik meteen een rood hoofd dat is nu natuurlijk niet meer. Maar ja toen was ik 23-24 jaar dan zit je tegenover oudere mensen en toen dacht ik echt moet ik nou gaan vertellen hoe en wat. Dat is natuurlijk niet meer, nu ik erover	Net begon, rood hoofd, oudere mensen , nu niet meer.	Ervaring	Beleving

begin krijg ik geen rood hoofd meer" #10			
"wel lacherig over gedaan" #10	Lacherig	Gevoel	Beleving
"Mensen verwachten dat denk ik ook niet als je daar ineens over gaat begint" #10	Verwachten het niet als je erover begint	Gevoel	Houding patiënt
"maar ik denk wel dat bij jongere mensen het meer doen. Meer bang zijn voor wat er allemaal gaat gebeuren. Ouderen zijn er misschien meer berust in" #10	Jongeren meer bang, ouderen meer berusting	Gevoel	Houding patiënt
"schaamte niet, ongemakkelijk" #10	Ongemakkelijk	Gevoel	Beleving
"voor de patiënt ook niet makkelijk om over te beginnen" #10	Patiënt niet makkelijk om over te beginnen	Aankaarten	Houding patiënt
"ik denk wel dat patiënten, het voor de patiënt fijn is dat we het aankaarten zodat hij weet dat hij het erover kan hebben" #10	Aankaarten fijn voor de patiënt kan het erover hebben	Competentie	Houding
"altijd een rood hoofd" #11	Rood hoofd	Gevoel	Beleving
"Verantwoordelijkheid van een patiënt maar als je dan al niet lekker bent en als je al ziek,	Verantwoordelijkheid patiënt, beetje weggeduwd wordt	Gevoel	Houding patiënt

zwak en misselijk bent ga je dat dan ook nog met een vreemde bespreken? Ik denk dat het dan een beetje weggeduwd wordt” #11			
“ik denk het wel want het is toch bijna bij iedereen een deel van je leven. Het kan ook heel ver van je bed afstaan voor degene die chemo krijgt” #11	Iedereen een deel van je leven, ver van je bed af bij iemand met chemo	Beleving	Beleving
“beetje schaamte” #11	Beetje schaamte	Gevoel	Beleving
“probeer ik daar de openheid mee te creëren” #11	Openheid creëren	Competentie	Houding
“ik vind het altijd lastig om te bespreken want het is echt prive”#11	Lastig om te bespreken, privé	Gevoel	Beleving
“jongeren praten daar makkelijker over en kunnen er beter mee omgaan over het algemeen” #11	Jongeren praten makkelijker en beter mee omgaan	Houding	Houding
“ja en een stuk levenservaring en een stuk ervaring en een stuk mensenkennis die je op je twintigste nog niet hebt” #11	Stuk levenservaring, mensenkennis op je twintigste nog niet hebben	Ervaring	Houding
Voorwaarden			

“zeker niet op een vierpersoonskamer” #7	Niet op een vierpersoonskamer	Ruimte	Privacy
“gordijntje dicht, sluiten heeft ook geen zin” #7	Gordijn dicht, geen zin	Ruimte	Privacy
“niet in een volle kamer” #8	Volle kamer	Ruimte	Privacy
“maar goed het zou iets intiemer zijn een aparte kamer” #8	Aparte kamer, intiemer	Ruimte	Privacy
“het is niet meer zo dat wij alleen met een patiënt zijn” #9	Alleen met een patiënt	Belemmering	Privacy
“je hebt sowieso ruimte en rust nodig om het goed te kunnen bespreken” #9	Ruimte en rust om te bespreken	Verstoringsen	Privacy
“niet op de afdeling in verband met privacy” #9	Niet op afdeling, privacy	Ruimte	Privacy
“is de voorwaarden wel is dat je achtergrondkennis hebt” #9	Achtergrondkennis	Voorwaarden	Kennis
“dan heb je een ingang eigenlijk en dan zit je alleen dan heb je ook privacy” #10	Ingang, zit je alleen, privacy	Voorwaarden	Privacy
“ik kan heel goed luisteren, ik heb empathie, kan me inleven” #10	Goed luisteren, inleven en empathie	Competentie	Voorwaarden verpleegkundige

“vierpersoonskamer en mensen nogal het gevoel hebben van o die zit mee te luisteren” #10	Vierpersoonskamer, mee te luisteren	Belemmering	Privacy
“aparte ruimte” #10	Aparte ruimte	Ruimte	Privacy
“kijk bij de opstart met prikken en zo dan heb je er weinig tijd voor om het te bespreken maar op een rustiger moment van de dag ga ik bij de patiënt zitten” #10	Weinig tijd, rustig moment bij de patiënt zitten	Tijd	Privacy
“Op een vierpersoonskamer of op een stoel dan moet het al heel erg hoog zitten bij iemand of je moet merken hier zit van alles niet lekker” #11	Vierpersoonskamer of stoel, hoog zitten niet lekker lopen	Belemmering	Privacy
“meer kennis, ook wel iets meer de vrijheid om het te bespreken” #11	Kennis en vrijheid	Voorwaarden	Voorwaarden verpleegkundige
“moet je echt al gaan zoeken hier is nooit geen tijd” #11	Geen tijd	Tijdgebrek	Voorwaarden verpleegkundige
Vertrouwensband			
“patiënten ken je niet” #7	Ken je niet	Onbekend	Klik

“ik denk wel dat het voor mij makkelijk is als ik de patiënt goed ken. Dan ga je er misschien toch dieper op in” #8	Patiënt ken makkelijker, dieper op in	Contact	Klik
“ik bespreek het altijd wel, ook al zitten er andere mensen bij” #8	Bespreek het altijd ook met andere	Groepssamenstelling	Klik
“je komt ook heel dichtbij een patiënt” #9	Dichtbij een patiënt	Contact	Klik
“natuurlijk moeten zij zich op hun gemak voelen om dingen te kunnen zeggen, maar een vertrouwensband kan je ook heel snel opbouwen” #9	Op hun gemak voelen maar een vertrouwensband is er snel	Contact	Klik
“je kan zo snel een band opbouwen met een patiënt terwijl je die niet elke week ziet, natuurlijk zou dat wel heel fijn zijn he dat je eerst een band kan opbouwen maar we weten dat het niet realistisch is omdat wij teveel rouleren” #9	Snel een band opbouwen, niet realistisch door rouleren	Contact	Klik
“dichterbij de patiënt op het bed, op het randje erbij te gaan	Dichterbij de patiënt op het randje, zachtjes praten	Contact maken	Klik

zitten en dan praat ik wat zachter" #10			
"een paar keer gezien hebben vertrouwen in je hebben zodat ze denken dat kan ik wel kwijt" #10	Vertrouwen na een paar keer, kan ik kwijt	Vertrouwensband	Klik
"ik vond altijd met de patiënt waarmee je intake hebt gehad had je toch een andere klik" #11	Klik met intake	Vertrouwensband	Klik
"een beetje een klik is makkelijker" #11	Makkelijker met klik	Vertrouwensband	Klik