



# Seksuele tevredenheid bij 50-plussers: hoe kan de huisarts de bespreekbaarheid verhogen?

Tessa Crombez, UGent

Promotor: Prof Dr. Ines Keygnaert

Co-promotor: Dr. Anne Nobels

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2020

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

## Dankwoord

Met overwegend opluchting, maar zeker ook met trots en vreugde, kan ik u mijn masterproef voorleggen. Deze masterproef is voor mij de ideale afsluiter van de Manama-opleiding tot huisarts. Het schrijven van deze masterproef was niet altijd even eenvoudig en ging vaak gepaard met moeilijke en stressvolle momenten waarop je het overzicht verliest. Het opstellen en verspreiden van de vragenlijsten was erg tijdrovend. Maar als je uiteindelijk een mooi resultaat kan voorleggen dan is de tijd die je erin steekt het uiteindelijk allemaal waard geweest.

Ik wil hierbij graag mijn promotor Prof. Dr. Keygnaert Ines en co-promotor Dr. Nobels Anne bedanken die mij bij deze masterproef begeleid hebben. Gedurende twee jaar hebben zij enorm veel engagement getoond. Hun kritische en constructieve feedback waren stimulerend om steeds het best mogelijke resultaat af te leveren. Deze masterproef zou onmogelijk geweest zijn zonder hun inhoudelijke en intensieve begeleiding. Hun inbreng was dan ook een grote meerwaarde om van deze masterproef te maken wat hij nu is.

Daarnaast wil ik mijn praktijkopleider Dr. Kiekens Nancy bedanken. Zij heeft mij enorm geholpen bij het verspreiden van de vragenlijsten in haar huisartsenpraktijk. Zonder haar was deze masterproef niet mogelijk geweest.

Ik wil ook mijn ouders en vriend bedanken voor de steun tijdens alle stressvolle momenten doorheen mijn opleiding. Zij bleven altijd in mij geloven, zonder hen zou het moeilijker geweest zijn om door te zetten. Een duwtje in de rug was op sommige momenten nodig om mij doorheen deze opleiding te loodsen.

Daarnaast wil ik alle patiënten uit de praktijk bedanken om met veel enthousiasme de vragenlijsten in te vullen.

## Abstract

**Achtergrond.** Vaak krijgen volwassenen op oudere leeftijd onterecht de stempel 'seksueel niet actief' opgedrukt. Ondanks de toenemende aandacht in de media, heerst er een barrière om seksualiteit te bespreken bij de huisarts. Het doel van deze masterproef is om een beeld te schetsen van de seksuele tevredenheid en noden bij 50-plussers in een landelijke, West-Vlaamse huisartsenpraktijk. Een oriënterend literatuuronderzoek is de basis van de inleiding. Verder formuleren we aanbevelingen voor de huisartsen om seksualiteit beter bespreekbaar te maken.

### Methode.

Literatuuronderzoek: 31 artikels uit de databanken Pubmed en Google Scholar vormen de basis van het oriënterend literatuuronderzoek.

Survey: vanaf midden mei 2019 t.e.m. midden november 2019 hebben 66 mannelijke en 75 vrouwelijke 50-plussers uit de praktijk (die voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria) deelgenomen aan de survey.

**Resultaten.** Naarmate de leeftijd stijgt, is er minder vaak penetratie en daalt de frequentie van coïtus tot minder dan één keer per maand. Bijna één op de vijf 50-plussers heeft ooit hulp gezocht voor seksuele problemen: daarbij kiest 57,1 % voor de huisarts. Driekwart van de 50-plussers heeft de voorbije tien jaar nog nooit gesproken met hun huisarts over seksualiteit, terwijl 57,4 % seksuele problemen met de huisarts wil bespreken. De helft van de 50-plussers vindt dat de huisarts onvoldoende aandacht heeft voor seksualiteit. Indien de huisarts het onderwerp seksualiteit zelf zou aanbrengen op de consultatie voelt 69,1 % zich meer comfortabel. Leeftijd en geslacht van de huisarts speelt geen rol om seksualiteit te bespreken.

Er is een belangrijk hiaat in de kennis van SOA's bij 50-plussers: 22,7 % kent de betekenis van de term 'SOA' niet. Daarnaast weet 39,7 % niet op welke leeftijd een SOA kan voorkomen. Bij de mannelijke 50-plussers heeft 39,4 % erectiestoornissen bij de meeste seksuele activiteiten. Iets meer dan de helft van de vrouwelijke 50-plussers ervaart pijn of ongemakken en 70,8 % heeft last van vaginale droogheid tijdens penetratie gedurende de voorbije maanden.

**Conclusie.** De survey toont aan dat heel wat 50-plussers nog seksueel actief zijn. Volgens hen heeft de huisarts nog te weinig aandacht voor het beleven van seksualiteit op hun leeftijd. Ze voelen zich meer comfortabel als de huisarts zelf seksualiteit aan bod brengt op de consultatie. Daarnaast dient de huisarts zich ervan bewust te zijn dat heel wat 50-plussers de term SOA niet kennen. Als huisarts dienen we aandacht te hebben voor de negatieve invloed van medicatie, prostaatchirurgie, menopauze, diabetes en hart- en vaatziekten op het seksueel welbevinden.



## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding.....</b>	<b>1</b>
1.1 Definitie .....	2
1.2 Demografische evolutie.....	2
1.3 Rol van seksualiteit bij 50-plussers .....	2
1.4 Seksualiteit bij 50-plussers .....	2
1.5 Factoren bij 50-plussers die een invloed kunnen hebben op de seksualiteit .....	3
1.6 Seksuele dysfunctie .....	5
1.7 Risicogroepen voor seksuele problemen op oudere leeftijd .....	6
1.8 SOA's bij 50-plussers.....	10
1.9 Bespreekbaarheid bij de huisarts.....	12
<b>2. Methodologie.....</b>	<b>14</b>
2.1 Zoekstrategie literatuuronderzoek .....	14
2.2 Survey.....	14
<b>3. Resultaten .....</b>	<b>16</b>
3.1 Deelnemers.....	16
3.2 Bespreking van de resultaten.....	17
3.2.1 Standpunt van 50-plussers over seksualiteit .....	17
3.2.2 Beleving van seksualiteit.....	22
3.2.3 Seksuele dysfunctie.....	26
3.2.4 Kennis van seksueel overdraagbare aandoeningen.....	29
3.2.5 Praten over seksualiteit .....	30
<b>4. Discussie.....</b>	<b>36</b>
4.1 Standpunt van 50-plussers over seksualiteit .....	36
4.2 Beleving van seksualiteit .....	36
4.3 Seksuele dysfunctie .....	37
4.4 Kennis van SOA .....	37
4.5 Praten over seksualiteit.....	37
<b>5. Aanbevelingen voor de huisartsen.....</b>	<b>38</b>
<b>6. Besluit.....</b>	<b>40</b>
<b>7. Referenties .....</b>	<b>41</b>
<b>8. Bijlagen.....</b>	<b>42</b>

Deze masterproef bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een oriënterend literatuuronderzoek waarbij artikels uit wetenschappelijke databanken met als onderwerp 'seksualiteit bij 50-plussers' werden bestudeerd. Het tweede deel bevat de resultaten uit de vragenlijsten die werden verspreid in de huisartsenpraktijk. Deze resultaten worden vergeleken met de resultaten uit deel 1 om zo aanbevelingen te formuleren voor de huisartsen.

## 1. Inleiding

Seksualiteit en intimiteit hebben een positieve invloed op de mentale en fysieke tevredenheid bij 50-plussers. Echter, het stereotype denken over seksualiteit op oudere leeftijd blijft bestaan. Vaak krijgen volwassenen op oudere leeftijd onterecht de stempel 'seksueel niet actief' opgedrukt (3).

Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, lanceerde de voorbije jaren verschillende sensibiliserende campagnes: seksmythes ontcrachten, veilige seks promoten,.. Maar ondanks de toenemende aandacht in de media blijft de drempel bij 50-plussers erg hoog om hun seksualiteit en eventuele problemen te bespreken met de huisarts. Het is belangrijk dat huisartsen zich bewust worden van de seksuele noden en behoeften bij 50-plussers. Seksuele dysfunctie als aanmeldingsklacht bij 50-plussers komt weinig voor. Patiënten uit deze leeftijdscategorie durven seksuele problemen vaak niet stellen uit schaamte of omdat ze denken dat dit tot het normale verouderingsproces behoort. Daarnaast wordt er vanuit de huisarts zeer weinig proactief opgetreden: het onderwerp seksualiteit wordt niet routinematig bevestigd bij patiënten waarbij hun medische voorgeschiedenis een negatieve impact op de seksualiteit kan hebben (7).

Het doel van deze masterproef is om aan de hand van een gestructureerde anonieme vragenlijst een beeld te schetsen over de seksuele tevredenheid en noden bij 50-plussers in een landelijke, West-Vlaamse huisartsenpraktijk waar de huisarts een centrale rol opneemt in de gezondheidszorg. Door de mening van 50-plussers over hun seksualiteit en intimiteit te bevragen, kunnen we een beeld schetsen van hun seksualiteitsbeleving. Wij hopen dat, na analyse van de resultaten van de vragenlijsten uit deze masterproef, huisartsen er zich van bewust worden dat open communicatie over seksualiteit bij 50-plussers erg belangrijk is.

Er zijn enkele grote Europese studies die de seksualiteitsbeleving bij 50-plussers in de afgelopen jaren onderzocht hebben. Een belangrijke studie voor deze masterproef was een onderdeel van de ELSA studie (English Longitudinal Study of Ageing). Deze studie uit Engeland onderzocht tussen 2011 en 2012 de seksualiteitsbeleving van 10.601 Engelse 50-plussers met behulp van vragenlijsten.

Ook in Vlaanderen werd de seksualiteitsbeleving bestudeerd. In 2013 hebben Sensoa en wetenschappers van UGent, UZ Gent en KU Leuven de Sexpert studie opgesteld. Dit was de eerste wetenschappelijke studie die bij een representatieve groep van de Vlaamse bevolking (1.832 personen tussen 14 en 80 jaar) cijfers heeft verzameld over de seksuele gezondheid.

De onderstaande onderzoeksvragen vormen de basis van de masterproef:

- Wat betekent seksualiteit voor 50-plussers en hoe wordt dit ervaren?
- Welke seksuele problemen kunnen ontstaan op oudere leeftijd en hoe wordt daarmee omgegaan vanuit het standpunt van de arts en patiënt?
- Welke noden hebben 50-plussers qua informatie rond seksuele gezondheid, seksualiteitsbeleving en ondersteuning hierbij?
- Kennen 50-plussers de term seksueel overdraagbare aandoening (SOA)? Zijn 50-plussers zich ervan bewust dat ze evenveel risico lopen op een SOA bij onbeschermd seksueel contact in vergelijking met jongvolwassenen?
- Welke barrières ervaren patiënten om seksualiteit te bespreken met de huisarts op de consultatie of op huisbezoek?
- Welke barrières ervaren artsen om seksualiteit te bespreken op de consultatie of op huisbezoek? (barrières van artsen werden niet bevestigd in de vragenlijst, maar werden wel besproken in het literatuuronderzoek)
- Hoe kan de huisarts zijn patiënten helpen om te voldoen aan hun seksuele behoeften?

## 1.1 Definitie

De WHO definieert seksualiteit als een centraal aspect van de mens doorheen het leven. De definitie omvat geslacht, genderidentiteit en -rol, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksuele gezondheid is een fysieke, emotionele, mentale en sociale mate van welzijn gerelateerd met seksualiteit. Het omvat een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties evenals de mogelijkheid van mensen om veilige seksuele relaties aan te gaan vrij van dwang, discriminatie en geweld (1).

## 1.2 Demografische evolutie

Het aandeel 65-plussers in de totale bevolking is doorheen de jaren sterk toegenomen. De meest recente vooruitzichten tonen dat het aandeel van 65-plussers in België zal oplopen tot 22 % in 2027 (2). Door de toenemende vergrijzing neemt ook het aandeel ouderdom gerelateerde ziekten en/of problemen toe (3). Het aantal seksueel actieve jaren van mannen en vrouwen is doorheen de jaren sterk toegenomen. Dit wordt verklaard door enerzijds de betere socio-economische levensomstandigheden wat resulteert in een stijgende levensverwachting en anderzijds de betere sociale status van de vrouw. Naast het baren van kinderen wordt de vrouw meer en meer gezien als geliefde. De intrede van anticonceptie resulteerde in een disconnectie tussen coïtus en zwangerschap. Seksuele activiteiten en reproductie worden nu los van elkaar gezien (4).

## 1.3 Rol van seksualiteit bij 50-plussers

Seksualiteit en intimiteit spelen een belangrijke rol in de mentale en fysieke tevredenheid van de mens. Het hebben van seksuele betrekkingen is een onderdeel van een gezonde partnerrelatie (3). Vaak krijgen ouderen onterecht de stempel 'seksueel niet actief' opgedrukt (5). Seksualiteit is een belangrijk onderdeel van hun leven en is van doorslaggevend belang voor hun levenskwaliteit en gezondheid. Seksueel actieve ouderen ervaren een betere levenskwaliteit dan ouderen die minder of niet seksueel actief zijn (3). Een bevredigend seksleven op oudere leeftijd heeft een positieve invloed op de gezondheid. Een relatie, zonder veel ruzies of financiële zorgen, waarbij beide partners een goede fysieke en mentale gezondheid hebben en waarbij meer dan één keer per week coïtus plaatsvindt, zorgt voor seksuele tevredenheid. Goede communicatie tussen seksuele partners resulteert eveneens in hogere seksuele tevredenheid (6).

Op oudere leeftijd wordt de term seksualiteit breder opgevat dan enkel coïtus. Masturbatie, flirten, knuffelen, strelen en uitwisselen van seksuele fantasieën behoren tot deze bredere waaier (7).

## 1.4 Seksualiteit bij 50-plussers

Een seksuele partner hebben, goede fysieke en psychische gezondheid van beide partners, seksuele tevredenheid in een vorige relatie en lichamelijke tevredenheid zijn bepalende factoren voor seksuele activiteiten (6). De ELSA studie toonde dat respectievelijk 77,7 % en 53,7 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers seksueel actief was tijdens het voorbije jaar (alle mogelijke vormen van seksualiteitsbeleving). 50-plussers zonder een vaste relatie waren minder seksueel actief dan 50-plussers met een vaste relatie: een daling van respectievelijk 10,0 % en 39,0 % bij de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers (8). Door het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen, waren er in de studie meer seksueel non-actieve vrouwen dan mannen op oudere leeftijd. De helft van de getrouwde vrouwelijke 60-plussers was seksueel actief, in tegenstelling tot 5% van de ongetrouwde vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie (9).

De UKTOCS studie (UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening) bestudeerde de seksualiteit bij 4.418 Engelse postmenopauzale vrouwelijke 50-plussers. De grootste oorzaak (44,8 %) van seksuele inactiviteit bij seksueel niet-actieve vrouwelijke 50-plussers was het niet hebben van een seksuele partner. Als tweede reden werd het overlijden van de partner gegeven. Slechts 4,2 % was seksueel inactief omwille van een scheiding (10).

Vrouwelijke 65-plussers gaven partner gerelateerde factoren aan als oorzaak voor seksuele inactiviteit: het niet hebben van een partner of erectiestoornissen bij de partner. De mannelijke 65-plussers gaven als reden voor hun inactiviteit eigen gezondheidsproblemen vb. erectiestoornissen of hart- en vaatziekten (HVZ) (11).

Gezondheidsproblemen bij de partner werd door 26,8 % van de vrouwen als oorzaak van de verminderde seksuele activiteiten gegeven (81,8 % van deze vrouwen is seksueel niet actief). Eigen gezondheidsproblemen werd bij 17,7 % als oorzaak gegeven voor de verminderde seksuele activiteiten (10).

### Frequentie van seksuele activiteiten

Respectievelijk 16,0 % en 39,0 % van de Belgische mannen en vrouwen uit de leeftijdscategorie 60-75 jaar was het laatste jaar niet seksueel actief. Bij maandelijks coïtus was de meest voorkomende frequentie 2 tot 3 keer per maand, zowel bij mannen als vrouwen (11). Respectievelijk 19,0 % en 32,0 % van de mannelijke en vrouwelijke 80-plussers gaf aan regelmatig (twee tot drie keer per maand) seksuele betrekkingen te hebben (8).

De helft van de mannen masturbeerde de laatste maanden, in tegenstelling tot 37,0 % van de vrouwen. Mannen masturbeerden vaker dan vrouwen, respectievelijk twee tot drie keer per maand versus één keer per maand (11). De ELSA studie toonde aan dat de frequentie van coïtus daalde met stijgende leeftijd. Bij de mannelijke 50-plussers had 59,6 % in de jongste leeftijdscategorie nog frequent coïtus (2 à 3 keer per maand). Dit daalde naar 19,0 % bij de 80-plussers. Bij de vrouwen zagen we een daling van 59,1 % naar 31,6 %. 39 % van de vrouwelijke 50-plussers gaf aan dat de frequentie daalde t.o.v. 37,0 % van de mannelijke 50-plussers (8).

In een seksuele relatie wordt de vrouw vaak stereotiep afgebeeld als de persoon die geen seks wil: 'ik heb hoofdpijn' of 'ik ben moe' worden dan vaak als cliché excuses aangehaald. Echter, door toenemende erectiestoornissen ligt de oorzaak van de daling van seksuele betrekkingen meestal bij de man (9).

De frequentie van andere vormen van seksuele expressie zoals kussen, strelen, knuffelen wijzigde niet met toenemende leeftijd. Maar seksueel actieve 80-plussers hebben meer behoefte aan knuffelen, strelen en masturbatie dan aan penetratie (5). Dit werd bevestigd door de ELSA studie: 50-plussers bleven aandacht hebben voor knuffelen, kussen en strelen. In de oudste leeftijdscategorie gaf 48,6 % van de mannen (t.o.v. 68,4 % 50-60 jaar) en 61,5 % van de vrouwen (t.o.v. 72,8 % 50-60 jaar) aan regelmatig te knuffelen of te kussen (8).

### Seksuele tevredenheid

Een vaste partner hebben is de beste voorspellende factor voor seksuele tevredenheid en zorgt voor een hogere frequentie van seksuele activiteiten bij 65-plussers. Frequente seksuele betrekkingen bij zowel mannelijke als vrouwelijke 50-plussers resulteren in minder bezorgdheid en meer tevredenheid over het seksleven. Respectievelijk 81,1 % en 87,7 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers uit de ELSA studie was tevreden over hun seksleven. De jongste leeftijdscategorie was het meest tevreden. Bij de 80-plussers was er minder seksuele ontevredenheid (8). Een grootschalige Europese studie in Denemarken, Portugal, Zweden en België bestudeerde de seksuele activiteit en tevredenheid van mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 60-75 jaar. De studie toonde een seksuele tevredenheid van de Belgische mannelijke en vrouwelijke deelnemers van respectievelijk 42,0 % en 30,0 % (11).

Erectiestoornissen bij de mannelijke deelnemers leidde tot meer bezorgdheid en seksuele ontevredenheid, terwijl vrouwelijke deelnemers bezorgd waren door opwindingsmoeilijkheden, maar hierdoor geen ontevredenheid uitte (8). Bij de vrouwelijke en mannelijke 50-plussers was er significant minder ontevredenheid en bezorgdheid over seksualiteit indien er frequent coïtus was. Erectiestoornissen gaven een significant hogere kans op depressie bij mannen (OR 2.71 [1.38-5.34]). Daarnaast zorgden erectiestoornissen voor een significante stijging van een sombere stemming: OR 2.71 [1.38-5.34]. Opwindingsproblemen bij de vrouw gaven geen significante stijging van de kans op depressie (OR 1.62 [0.89-2.97]) (8).

Zowel mannelijke als vrouwelijke 50-plussers waren bezorgd over hun seksleven als de mannelijke partner meer initiatief nam in bed dan de vrouwelijke partner. Daarentegen gaven vrouwelijke 50-plussers aan dat ze minder tevreden zijn over hun seksleven of zelfs depressieve gevoelens hebben wanneer ze zich verplicht voelden tot seksuele betrekkingen (8).

## 1.5 Factoren bij 50-plussers die een invloed kunnen hebben op de seksualiteit

Fysieke, psychische en sociale factoren kunnen een negatieve invloed hebben op de seksualiteit bij 50-plussers. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen enerzijds ouderdom gerelateerde factoren (verminderde mobiliteit, verminderde inspanningstolerantie of hormonale veranderingen) en anderzijds de aanwezigheid van somatische ziekten, inname van medicatie met een negatief seksueel effect of de aanwezigheid van psychologische factoren (stress, verlies aan zelfvertrouwen, depressie na overlijden partner,...) (7).

Ondanks de negatieve invloed van enerzijds fysieke, psychische gezondheidsproblemen en anderzijds het normale verouderingsproces op de seksuele activiteiten bij 50-plussers, blijft deze bevolkingsgroep seksueel actief (7). Op oudere leeftijd kunnen musculoskeletale veranderingen ervoor zorgen dat bepaalde seksposities moeilijker haalbaar zijn (3).

## Vrouwen

Bekkenbodemspieren zijn minder stevig bij toenemende leeftijd en dit kan resulteren in een minder intens orgasme. Door een verminderde tonus van de bekkenbodemspieren kan een uterusprolaps ontstaan. Dit kan leiden tot dyspareunie (pijnlijke coïtus). De prevalentie van urinaire incontinentie (UI) neemt toe met stijgende leeftijd. Dit kan de seksuele activiteit ernstig belemmeren (3). Hormonale en psychologische veranderingen tijdens en na de menopauze kunnen seksuele problemen veroorzaken. Vrouwen ervaren de menopauze als een keerpunt in hun leven: ze worden niet meer gehinderd door hun menstruatie en hoeven niet meer te vrezen voor een ongewenste zwangerschap (4). De menopauze is een natuurlijk fysiologisch proces dat bij de vrouw het einde van haar vruchtbare periode aangeeft. Tijdens en na de menopauze zorgt de daling van oestrogeen voor vaginale droogheid en atrofie waardoor de vaginale mucosa makkelijker kan worden beschadigd tijdens penetratie. Dit kan leiden tot dyspareunie. Verminderde ovariële activiteit resulteert in een daling van de serumspiegel van androgenen wat het libido, genot en orgasme negatief kan beïnvloeden. Atherosclerose van de kleine genitale bloedvaten zorgt voor verminderde lubricatie van de vagina tijdens de opwindingsfase (3). Daarnaast kan de verminderde oestrogeenspiegel resulteren in een onregelmatig menstratiepatroon, warmteopwellingen, vaginale droogte, urinaire klachten (pijn bij plassen, urineverlies,...), slapeloosheid, depressiviteit,... Dit kan de levenskwaliteit en de seksualiteitsbeleving negatief beïnvloeden (12).

### **Invloed van menopauze**

Een Franse studie heeft de seksualiteit vergeleken tussen postmenopauzale vrouwen (totale groep postmenopauzale vrouwen, postmenopauzale vrouwen met hormoontherapie en postmenopauzale vrouwen zonder hormoontherapie) en een controlegroep premenopauzale vrouwen (4).

Er werd geen significant libidoverlies aangetoond bij postmenopauzale vrouwen in vergelijking met premenopauzale vrouwen: 37,1 % versus 45,8 % (OR 1.31 [0.85-2.03]). Er werd evenmin een verschil in opwindingsproblemen aangetoond: 35,1 % versus 42,7 % (OR 1.27 [0.82-1.98]). De vaginale penetratie daalde niet-significant bij postmenopauzale vrouwen: OR 0.58 [0.23-1.47]. Vaginale penetratie daalde minder indien hormoontherapie werd toegepast (4).

Seksuele activiteiten zonder penetratie waren significant hoger bij postmenopauzale vrouwen zonder hormonale therapie dan bij premenopauzale vrouwen: 24,4 % versus 27,9 % (OR 1.69 [1.03-2.72]). Indien hormoontherapie werd gestart bij postmenopauzale vrouwen, was er geen significant verschil meer aantoonbaar. Er was geen significante toename van dyspareunie bij postmenopauzale vrouwen in vergelijking met premenopauzale vrouwen (4). De menopauze had evenmin een significante invloed op de frequentie van seksuele betrekkingen. De seksuele tevredenheid of het percentage vrouwen met seksuele disfunctie verschilde evenmin tussen post- en premenopauzale vrouwen (4).

Slechts 12,5 % van de vrouwen gaf de menopauze aan als oorzaak van een verminderde seksualiteitsbeleving (10). Menopauze is dus niet de belangrijkste oorzaak van verminderde seksuele activiteiten bij de vrouwelijke 60-plussers (11). Dit betekent dat de daling van coïtus of seksuele activiteit bij vrouwelijke 65-plussers tijdens en na de menopauze te verklaren is door het ontstaan van seksuele problemen die de coïtus belemmeren of verminderde beschikbaarheid van een partner en niet door desinteresse of een verlaagd libido van de vrouw (3).

## Mannen

Bij toenemende leeftijd is er vaak een combinatie van visuele, tactiele en psychologische stimuli nodig opdat de man een erectie kan krijgen. Een fysiologisch verlies van elastische vezels, collageen en gladde spiercellen in de penis resulteert in een minder stevige erectie op oudere leeftijd. Dit kan de penetratie moeilijker maken. Een daling van het testosterongehalte kan eveneens erectiestoornissen induceren. Vanaf 30-jarige leeftijd vermindert het testosterongehalte bij de man tegen een gemiddelde snelheid van 1,0 % per jaar. Dit kan resulteren in een verminderd libido, erectiestoornissen of een minder intens orgasme. De refractaire periode na ejaculatie neemt eveneens toe. Daarnaast verstoren alcohol, roken, stress of de aanwezigheid van somatische ziekten de normale fysiologische erectie (3).

## 1.6 Seksuele dysfunctie

Als iemand meermaals gehinderd wordt in zijn seksuele activiteiten en hier op relationeel vlak onder lijdt, kunnen we spreken van seksuele dysfunctie. Primaire seksuele dysfunctie is aanwezig vanaf de eerste seksuele ervaring. Secundaire dysfunctie ontstaat pas later en wordt negatief beïnvloed door psychologische, fysische of sociale oorzaken. De helft van de 65-plussers geeft aan seksuele problemen te ervaren (13).

Verschillende factoren kunnen de beleving van seksualiteit bij 50-plussers beïnvloeden. Ten eerste zijn er leeftijdgerelateerde lichamelijke veranderingen die kunnen leiden tot problemen bij seksuele activiteiten (3). Het ontstaan van seksuele problemen is volgens 65-plussers het gevolg van het normale verouderingsproces en niet ten gevolge van een medische oorzaak (7). Beide partners geven aan dat een erectiestoornis bij de man de oorzaak is van verminderde seksuele activiteiten (9). Dit wordt bevestigd door een studie waarbij 13,5 % van de vrouwelijke 50-plussers met een partner aangaf dat seksuele dysfunctie, voornamelijk erectiele dysfunctie, van de man de oorzaak was van een vermindering in de seksualiteitsbeleving (10).

Ten tweede is er een negatieve invloed van somatische aandoeningen, medicatie, rookgedrag en drugs- en alcoholgebruik op de seksualiteit (6).

### Vrouwelijke seksuele dysfunctie

De meest voorkomende seksuele stoornissen bij vrouwen zijn een verminderd libido, moeilijkheden om een orgasme te krijgen en dyspareunie (13). De ELSA studie toonde dat 32,0 % van de vrouwelijke 50-plussers libidoverlies ervoer in vergelijking met één jaar eerder. Moeilijkheden om tot een orgasme te komen en dyspareunie kwamen voor bij respectievelijk 27,0 % en 10,0 % van de vrouwen. De prevalentie van seksuele dysfunctie steeg naarmate de leeftijd toeneemt, echter de studie toonde een daling bij 80-plussers. Dit kan worden verklaard doordat er naarmate de leeftijd toeneemt minder penetratie is, maar meer aandacht is voor andere seksuele activiteiten (8). Gynaecologische heekunde en borstchirurgie zorgen voor een verminderd libido bij vrouwen (4).

### Mannelijke seksuele dysfunctie

De meest voorkomende seksuele stoornissen bij mannen zijn een vroegtijdige zaadlozing of erectiestoornissen (13). De grootste oorzaak van mannelijke seksuele dysfunctie is een erectiestoornis. Vanaf 40-jarige leeftijd ervaart 40,0 % van de mannen erectiestoornissen. Op 70-jarige leeftijd bedraagt dit al 70,0 % (3). Er is sprake van erectiele dysfunctie (ED) wanneer in 25,0 % van de seksuele activiteiten coïtus niet lukt omdat er geen goede erectie wordt verkregen voor coïtus of omdat de erectie tijdens de coïtus niet voldoende lang kan worden behouden (13).

Een goede erectie heeft voldoende visuele, auditieve of tactiele stimuli nodig. Anderzijds is een goed functionerende bloed- en zenuwvoorziening naar de penis noodzakelijk (3). Atherosclerose (met een gedaalde bloedvoorziening naar de corpora cavernosa als gevolg) of verlies van veneuze congestie zorgt voor onvoldoende vasodilatatie van de zwellichamen met een moeilijkere erectie als gevolg. Dysfunctie van perifere autonome zenuwen kan leiden tot erectiestoornissen (vb. polyneuropathie of lokale zenuwbeschadiging door chirurgie t.h.v. kleine bekken of trauma). Centrale neurologische oorzaken zoals cerebrovasculair accident (CVA), multiple sclerose of de ziekte van Parkinson kunnen eveneens erectiestoornissen veroorzaken. Macro- en microvasculaire schade t.h.v. de penis bij diabetici kan resulteren in ED (3).

Door het verlies van een spontane erectie voelen mannen zich minder mannelijk en hebben ze het gevoel dat ze de controle op hun seksualiteit verloren hebben. Dit zorgt dan weer voor stress wat ED bevordert. Zo komen ze terecht in een vicieuze cirkel (14). ED zorgt ervoor dat mannen zich schuldig voelen tegenover hun partner omdat ze niet langer de seksuele noden van hun partner kunnen vervullen. De angst voor het ontstaan van misverstanden bij het bespreken van seksuele problemen zorgt ervoor dat dit onderwerp in een relatie vaak wordt vermeden. Vrouwen durven dit vaak niet te bespreken uit angst om de mannelijkheid van hun partner nog meer aan te tasten en hem een schuldgevoel te geven. De man vermijdt gesprekken uit angst dat stiltes in het gesprek zijn gevoelens van onzekerheid zullen bevestigen. Door intimiteit te vermijden wordt het gevoel van falen bij mislukte penetratie vermeden. Het initiatief van de vrouw tot intimiteit en/of coïtus vermindert eveneens omdat de kans erg groot is dat de vrouw door haar avances de partner achteraf opzadelt met een schuldgevoel (14).

Sommige mannen gebruiken seksuele activiteiten om hun affectie voor de partner te tonen. Bij seksuele problemen moeten ze dus op zoek gaan naar oplossingen om hun gevoelens en affectie uit te drukken (14).

De ELSA studie toonde dat 32,0 % van de mannelijke 50-plussers libidoverlies ervaarde in vergelijking met één jaar eerder. 39,0 % van de mannelijke 50-plussers had erectiestoornissen. Er was een duidelijke stijging van ED bij stijgende leeftijd (15,5 % in de jongste leeftijdscategorie t.o.v. 88,0 % bij 80-plussers) (8). ED wordt door mannen onterecht gezien als onderdeel van het normale verouderingsproces (6).

## 1.7 Risicogroepen voor seksuele problemen op oudere leeftijd

Er zijn twee groepen 50-plussers waarbij de huisarts proactief dient te screenen naar problemen op seksueel vlak. Enerzijds zijn er 50-plussers met aanwezigheid van somatische aandoeningen die een negatieve impact kunnen hebben op de seksualiteit vb. maligniteiten, chronische pijn, artritis, dementie, urinaire of fecale incontinentie, HVZ, CVA, diabetes mellitus en COPD (Chronic obstructive pulmonary disease). Naast de directe impact van prostaatheekunde, de aanwezigheid van een stoma of radicale borstchirurgie na borstkanker kunnen deze voorbeelden indirect een negatieve psychologische impact hebben op de seksualiteit en intimiteit. Psychologische factoren zoals stress na verlies van partner, jobgerelateerde problemen of een depressie kunnen ook een negatieve invloed hebben op de seksualiteitsbeleving. Bij 50-plussers met bovenstaande gezondheidsproblemen wordt het sterk aanbevolen om seksualiteit proactief te bevragen, ook indien dit niet als reason for encounter (RFE) wordt aangegeven (6).

Anderzijds dient de huisarts ook aandacht te hebben voor de seksuele behoeften van de partner uit een relatie waarvan één iemand ernstig ziek is of lijdt aan bovenstaande somatische of psychische aandoeningen. Vaak wordt er te weinig aandacht besteed aan deze laatste groep (6).

De ELSA studie toonde een negatieve associatie tussen seksuele activiteiten en artritis, HVZ en diabetes bij mannelijke 50-plussers. Vrouwelijke 50-plussers gaven aan een negatieve invloed van hypertensie en diabetes te ervaren op hun seksuele activiteiten (8).

De ELSA studie toonde dat een daling van libido en/of seksuele activiteiten een voorspellende waarde was voor de aanwezigheid of ontwikkeling van ongediagnosticeerde lichamelijke aandoeningen zoals maligniteiten en HVZ. ED was geassocieerd met een enerzijds een significant hogere kans op het ontwikkelen van kanker (OR 1.73 [1.11-2.70]) en anderzijds een significant hogere kans op HVZ (OR 2.29 [1.29-4.07] tijdens de follow-up van vier jaar. Een cross-sectioneel onderzoek toonde dat vrouwen die opwindingsmoeilijkheden ervaren, een significant hogere kans hadden op een CVA: OR 2.36 [1.04-5.35]. Daarnaast was een daling van de frequentie van seksuele activiteiten bij vrouwen geassocieerd met HVZ en CVA: OR respectievelijk 1.86 [1.07-3.24] en 2.04 [1.03-4.03] (15).

Dit kan worden verklaard doordat bij piekmomenten (vb. orgasme) tijdens seksuele activiteiten endogene endorfines vrijkomen waardoor natural killer cellen worden geproduceerd. Een hoge natural killer cel-activiteit werd in vorige studies geassocieerd met een lager risico op kanker, virale infecties en astma (15).

Een tweede mogelijkheid is dat seksuele activiteit een vorm van fysieke inspanning is. Iemand die seksueel actief is, zal hierdoor een betere fysieke gezondheid hebben. Een derde verklaring: het is mogelijk dat vroege symptomen van maligniteiten of chronische aandoeningen resulteren in een daling van seksueel welbevinden of seksuele activiteiten voordat de diagnose al gesteld is. In realiteit is het vaak de combinatie van deze verklaringen die het verband kan aantonen tussen een daling van seksuele activiteiten/libido en een slechte gezondheidstoestand op oudere leeftijd (15).

In deze oriënterende literatuurstudie bestuderen we de invloed van de meest relevante chronische aandoeningen in de huisartsenpraktijk op de seksualiteit namelijk diabetes, borst- en prostaatcancer en HVZ.

### 1.7.1 Diabetes

De prevalentie van ED bij diabetespatiënten is 52,5 %. De prevalentie van ED is significant hoger bij patiënten met type 2 dan bij type 1, respectievelijk 66,3 % en 37,5 %. Dit komt omdat type 2 vaak laat wordt ontdekt. Mannen met ED hebben dubbel zoveel kans op ongediagnosticeerde diabetes dan mannen zonder ED (6). Slechts 12,0 tot 30,0 % van de mannen heeft erectiestoornissen voordat de diagnose van diabetes type II wordt gesteld. ED ontstaat 10 tot 15 jaar vroeger bij mannelijke diabetespatiënten dan gezonde mannen (16).

Naast andere cardiovasculaire risicofactoren is de aanwezigheid van diabetes de grootste risicofactor tot het ontwikkelen van erectiestoornissen. Een slechte glycemiecontrole is de voornaamste determinant van ED bij diabetici. Hogere leeftijd (>60 jaar) zorgt eveneens voor toename van de prevalentie van ED bij mannelijke diabetespatiënten. Daarnaast is er ook een negatieve correlatie met de duur van de diabetes mellitus en de aanwezigheid van macrovasculaire complicaties of comorbide depressie (17).

ED is de derde meest voorkomende complicatie van diabetes die de kwaliteit van leven ernstig aantast. Het is een teken van vroegtijdige atherosclerose en vormt dus een onafhankelijke indicator voor onderliggende cardiovasculaire aandoeningen. Mannen met ED worden dus best gescreend op de aanwezigheid van diabetes en HVZ (16).

De ELSA studie toonde dat mannelijke 50-plussers met diabetes significant minder seksueel actief waren dan niet-diabetische mannelijke 50-plussers (OR 0.53). Daarnaast was de kans op ED significant toegenomen (OR 2.05). Deze groep had significant meer kans op moeilijkheden tot ejaculatie (OR 1.70) (8).

Vrouwelijke diabetici kunnen eveneens negatieve gevolgen ondervinden op hun seksueel welbevinden. De studieresultaten zijn nog inconsistent, maar vrouwelijke diabetici hebben vaker urineweginfecties en vaginale droogte wat kan leiden tot dyspareunie. Hyperglycemisch geïnduceerde zenuw schade kan een verstoorde genitale opwinding veroorzaken. De belangrijkste risicofactor voor seksuele disfunctie bij vrouwelijke diabetici is echter comorbide depressie (17). De ELSA studie toonde een significante reductie (-37,0 %) van seksuele activiteiten gedurende het voorbije jaar bij vrouwelijke 50-plussers met diabetes t.o.v. gezonde vrouwelijke 50-plussers (8).

### 1.7.2 Maligniteiten

Door de medisch-technologische vooruitgang van de geneeskunde, is de levensverwachting voor de meeste oncologische patiënten toegenomen. Er wordt dan ook meer aandacht besteed aan de gevolgen van kanker en de behandeling hiervan op de beleving van seksualiteit. Kanker en de verschillende kankerbehandelingen kunnen hierop een negatieve impact hebben. Na de confrontatie met kanker ziet men vaak een ingrijpende verschuiving in de seksuele behoeften. Maar omgekeerd kan seksualiteit en intimiteit emotionele en psychologische onrust reduceren bij een kankerdiagnose (17).

De meest voorkomende maligniteiten bij mannen en vrouwen zijn respectievelijk prostaatkanker en borstkanker. We beperken ons dan ook in de literatuurstudie tot het bespreken van deze maligniteiten.

#### **Prostaatkanker**

Radicale prostatectomie is één van de behandelingsmogelijkheden bij een gelokaliseerde prostaatkanker. Chemotherapie en/of androgeendeprivatie wordt toegepast bij uitgebreide of gemetastaseerde prostaatkanker. De meest voorkomende nevenwerkingen van radicale prostatectomie zijn ED en UI. Androgeendeprivatie resulteert in een gedaald libido, vasomotorische klachten, ED en moeilijkheden om een orgasme te bekomen. Radiotherapie veroorzaakt naast ED, urinaire en fecale incontinentie (18).

65-plussers met prostaatkanker (behandeld of in therapie) vermijden het bespreken van hun seksuele problemen bij de huisarts omdat ze bang zijn voor de behandelingen of omdat ze bang zijn dat behandelingen geen effect zullen hebben (7). Respectievelijk 80,0 % en 60,0 % van de koppels heeft angst voor UI en ED. Zenuw schade kan optreden, zelfs bij een zenuwsparende operatie. De functionele recuperatietijd van de erectie na prostatectomie bedraagt twee jaar (18). Andere studies toonden een recuperatietijd van drie jaar (19).

90,0 % van de koppels verwacht een totaal herstel van de erectiele functie. Patiënten leggen een verband tussen het optreden van ED na prostatectomie en de ervaring van de chirurg, de eigen gezondheid en de wil om na de operatie seksuele ondersteuning te aanvaarden. Toch staat 85,0 % van de koppels niet open voor seksuele ondersteuning zoals masturbatie, seksspeeltjes en experimenteren (18).

## 1. Prostatectomie

Vragenlijsten, drie maanden na prostatectomie, toonden aan dat 95,0 % van de geopereerde mannen ED heeft. 75,0 % van deze mannen had nog een erectie, maar onvoldoende voor coïtus. Slechts de helft was tevreden van het orgasme en 33,0 % ervaarde UI. De vrouwelijke partners hadden moeilijkheden om een vaginaal orgasme te bekomen mede door de postoperatief verkleinde penis. 80,0 % van de koppels ervaarde frustratie, hopeloosheid en verdriet op seksueel vlak. (18) Driekwart van de mannen voelden zich minder mannelijk, de helft voelde zich minder seksueel actief en een kwart had faalangst op seksueel vlak (18).

Na exclusie van pre-existente ED had respectievelijk 48.8 %, 40.2 % en 36.4 % ED één, twee en drie jaar na een radicale prostatectomie. Patiënten met ED één jaar na de operatie, hadden 36,5 % kans op herstel drie jaar na de operatie. De ernst van UI of ED één jaar na de operatie bepaalde het functioneel herstel op een later tijdstip. Jongere mannen hadden een betere prognose dan oudere mannen (19).

Na exclusie van pre-existente UI had respectievelijk 13.2 %, 10.5 % en 9.1 % UI één, twee en drie jaar na een radicale prostatectomie. Patiënten met UI één jaar na de operatie hadden 49,7 % kans op herstel drie jaar na de operatie. De kans op herstel steeg met dalende ernst van UI. Adjuvante radiotherapie resulteerde in een lagere kans op herstel van de erectiele functie (19).

Er was geen significant verschil aantoonbaar op UI één jaar na een retropubische prostatectomie versus robotgeassisteerde laparoscopische prostatectomie: 20,2 % versus 21,3 % met OR 1.08 [0.87-1.34]. Er was wel een klein significant verschil aantoonbaar op vlak van ED in het voordeel van de robotgeassisteerde laparoscopische prostatectomie: 70,4 % versus 74,7 % met OR 0.81 [0.66-0.98] (20).

## 2. Radiotherapie en brachytherapie

Een meta-analyse van 105 studies bestudeerde de invloed van externe radiotherapie en/of brachytherapie op de erectiele functie bij 17.057 mannen. Mannen met pre-existente ED werden niet geïnccludeerd. De prevalentie van ED één jaar na radiotherapie was 34,0 % en 57,0 % 5,5 jaar na radiotherapie (21). De meta-analyse toonde geen verschil in ED tussen brachytherapie en externe radiotherapie. Combinatietherapie resulteerde in een stijging van de post-radiatie ED (21). UI werd negatief beïnvloedt door hogere stralingsdosis, voorafgaande abdominale heekunde of transurethrale prostatectomie (22).

### **Borstkanker**

Seksuele klachten treden frequent op na diagnose van borstkanker. Borstchirurgie en radiotherapie kunnen lokale irritatie en een vermindering van de zelfwaardering veroorzaken. Dit kan gevolgen hebben voor verschillende stadia van de seksuele responscyclus: een verminderde seksuele interesse, verminderde seksuele arousal, moeilijkheden om tot een orgasme te komen en dyspareunie. Daarnaast kan chemotherapie leiden tot prematuur ovarieel falen en dyspareunie door vaginale droogheid. De psychologische stress van borstkanker is niet te onderschatten en heeft een grote negatieve invloed op de seksualiteit (17).

### 1.7.3 [Medicatie](#)

Medicatie kan een negatieve invloed hebben op het seksueel welzijn en functioneren. Het is soms moeilijk vast te stellen wat de echte oorzaak is: de ziekte waarvoor de medicatie wordt gebruikt, het geneesmiddel zelf of de patiënt die op zijn eigen manier op de ziekte en het geneesmiddel reageert. De invloed van het geneesmiddel is het meest waarschijnlijk als de bijwerking vrij snel na start van de therapie is opgetreden én als de seksuele stoornis voor de therapie niet aanwezig was én als het probleem stopt na staken van het geneesmiddel én als het probleem weer begint na herstarten van het geneesmiddel. Niet alle bijwerkingen van medicatie op vlak van seksualiteit zijn bekend. Aanpassing van de medicatie resulteert in een verbetering van de seksuele functie. ACE-inhibitoren, atypische antipsychotica en selectieve  $\beta$ -blokkers hebben relatief minder seksuele bijwerkingen. L-dopa of dopamine-agonisten resulteren echter in een verhoogd libido, wat hinderlijk kan zijn voor de partner en/of verzorgers (23).

Onderstaande tabel toont een overzicht van chronische medicatie die een negatieve invloed kan hebben op de seksualiteitsbeleving (23).

Medicatie	Libidoverlies	Erectiestoornissen Opwindingsproblemen	Moeilijker orgasme of ejaculatie
<b>Antihypertensiva</b>			
- chloortalidon/spironolactone	+	+	
- amlodipine		+	
- B-blokkers (niet-selectieve)		+	
<b>Prostaatmedicatie</b>			
- alfa1-blokkers (tamsulosine)			+
- 5-alfa-reductase-inh (finasteride en dutasteride)	+	+	+
<b>Ranitidine</b>	+	+	
<b>Digoxine</b>	+	+	
<b>Hormonen</b>			
- ethinylestradiol	+		
- cyproteron	+	+	+
- gonadoreline (decapeptyl, zoladex)	+	+	
<b>Antidepressiva</b>			
- amitriptylline	+	+	
- fluoxetine, paroxetine, citalopram	+	+	+
- duloxetine, sertraline, venlafaxine	+		+
<b>Stemmingsstabilisator</b>			
- lithium	+	+	
<b>Antipsychotica</b>			
- haldol	+	+	+
- risperidon, olanzapine, clozapine		+	+
<b>Cholesterolremmers</b>			
Atorvastatine en simvastatine	+	+	
<b>Anti-epileptica</b>			
- gabapentine/carbamazepine	+	+	+
- topiramaat	+	+	

Tabel 1: Invloed van medicatie op de seksualiteit (23). Geneesmiddelengeïnduceerde seksuele stoornissen. Geneesmiddelenbulletin.

#### 1.7.4 [Hart- en vaatziekten](#)

##### **Seksuele activiteiten**

De aanwezigheid van HVZ bij vrouwelijke 50-plussers resulteerde in een niet-significante daling van 9,0 % van de seksuele activiteiten in vergelijking met één jaar eerder ten opzichte van vrouwen zonder HVZ. Bij mannelijke 50-plussers met HVZ was er wel een significante daling van 38,0 % van de seksuele activiteit aantoonbaar ten opzichte van mannen zonder HVZ (9).

Dit werd bevestigd door de ELSA studie: een niet-significante daling van 20,0 % en een significante daling van 45,0 % bij respectievelijk vrouwelijke en mannelijke 50-plussers met HVZ t.o.v. 50-plussers zonder HVZ (8).

De negatieve invloed van HVZ bij mannen is te verklaren door een significante toename van ED. De OR voor ED bij mannelijke 50-plussers met HVZ t.o.v. zonder HVZ was 1.47 [1.06-2.05]. Bij hypertensie was de OR voor ED eveneens significant: 1.79 [1.40-2.29] (8). ED is een voorspellende factor voor onderliggend coronair lijden, waarbij een verband bestaat tussen de ernst van de ED en de graad van coronaire aantasting (17).

In de ELSA studie werd een onderscheid gemaakt tussen cardiovasculaire aandoeningen en hypertensie. Hypertensie zorgde voor een significante daling van frequente seksuele betrekkingen: OR van 0.78 bij mannelijke 50-plussers. Daarnaast was er een significante stijging van frequent masturberen bij mannelijke 50-plussers: OR 1.29 (8).

Bij vrouwelijke 50-plussers zorgde hypertensie enkel voor een significante daling van seksuele activiteiten gedurende het voorbije jaar: OR van 0.79 (8). In de studie werd geen verklaring gegeven voor de stijging van masturbatie bij mannelijke 50-plussers met hypertensie. De door atherosclerose verminderde bloedvoorziening naar de penis kan als gevolg hebben dat er tactiele en visuele stimuli nodig zijn voor een goede erectie. Masturbatie zou hierdoor de erectie kunnen verbeteren bij hypertensie.

### **Seksuele tevredenheid**

Uit de studie blijkt dat er geen significante daling van seksuele tevredenheid was bij mannelijke en vrouwelijke 50-plussers indien er HVZ aanwezig zijn (9). Dit werd bevestigd door de ELSA studie (8).

### **Libido**

Bij de vrouw was er slechts een lichte niet-significante daling van libido (-19,0 %) aantoonbaar bij HVZ. HVZ zorgden eveneens voor een significante reductie van het mannelijk libido (-28,0 %) (9).

Patiënten met hartfalen hadden minder seksuele verlangens en er was een duidelijke afname van de coïtusfrequentie en seksuele tevredenheid. De oorzaak hiervan was de aanwezigheid van ED, angst voor cardiale klachten tijdens seksuele activiteiten en de aanwezigheid van comorbide depressie (17).

## 1.8 SOA's bij 50-plussers

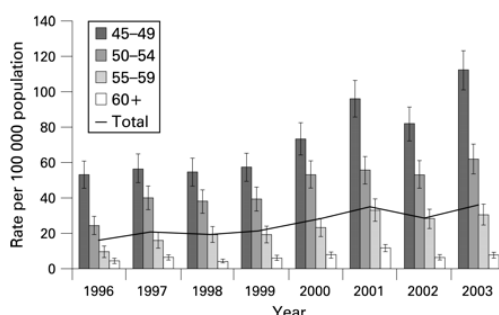
SOA's worden onterecht geassocieerd met jongvolwassenen, terwijl seksueel actieve 50-plussers eveneens vatbaar zijn voor SOA's. De incidentie van SOA's stijgt doorheen de jaren. De grootste stijging betreft gonorrhoe en syfilis. Door de introductie van HPV (humaan papillomavirus)-vaccinatie bij Engelse adolescenten is er een daling van 14,0 % van genitale wratten tussen 2014 en 2018. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande tabel (24).

Diagnoses	2018	% change 2014-2018	% change 2017-2018
New STIs	131,497	7%	12%
Syphilis	3,435	44%	1%
Gonorrhoea	24,660	40%	23%
Chlamydia	57,010	17%	19%
Genital Herpes	8,354	-3%	4%
Genital Warts	12,739	-14%	1%

Tabel 3: Incidentie van nieuw gediagnosticeerde SOA bij adolescenten uit Engeland: een vergelijking tussen 2014 en 2018. Tabel overgenomen van Public health England (24).

De bovenstaande studie toonde dat SOA's het meest werden gediagnosticeerd in de leeftijdscategorie van de jongvolwassenen (20-24 jaar). Toch was de stijging het grootst bij 45-plussers (24).

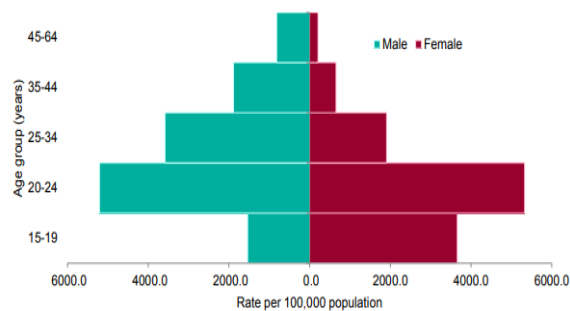
Een Engelse studie (1996-2003) toonde een significante verdubbeling van het aantal nieuw gediagnosticeerde SOA's bij 45-plussers, met de grootste stijging in de leeftijdscategorie tussen 55 en 59 jaar. Het grootste aandeel SOA's kwam uit de leeftijdscategorie 45 tot 50 jaar. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande grafiek. In 2003 waren er 30 nieuwe SOA's per 100.000 45-plussers. Er is een stijging van het aantal SOA's van 127,0 % bij 45-plussers in vergelijking met 97,0 % bij patiënten jonger dan 45 jaar (25).



SOA's bij 45-plussers uit UK: aandeel van SOA's in de verschillende leeftijdscategorieën tussen 1996 en 2003. Grafiek overgenomen van Bodley-Tickell AT et al. (25).

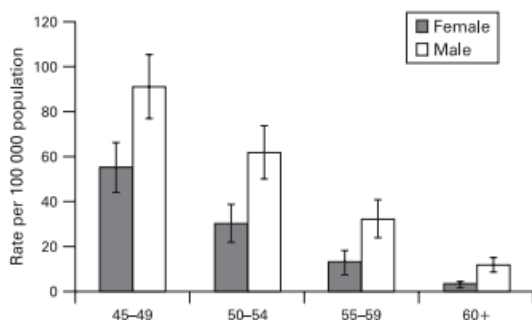
In Engeland was er tussen 1999 en 2008 een stijging van 102,0 % van chlamydia-infecties in de groep adolescenten van 16-19 jaar, terwijl er in dezelfde periode een stijging van 119,0 % werd opgemerkt bij 45-plussers (24). Door het lage aandeel 45-plussers dat een uroloog of gynaecoloog raadpleegde, respectievelijk 3,7 % in 1996 en 4,3 % in 2003, blijft het aandeel gediagnosticeerde SOA's bij 45-plussers t.o.v. het totale aantal SOA's in de maatschappij erg laag: 3,9 % in 1996 en 4,5 % in 2003. Hierdoor ontstaat een onderschatting van de stijging van de SOA's bij 45-plussers uit deze studie (25).

Onderstaande grafiek toont de verdeling van SOA's per leeftijdscategorie in 2018 in Londen. Het grootste aandeel SOA's ligt nog steeds bij de jongvolwassenen. Echter in vergelijking met 2003 zien we een sterke stijging van de SOA's bij 45-plussers. Er zijn 387 per 100.000 SOA's bij mannelijke 45-plussers in 2018. Bij vrouwelijke 45-plussers bedraagt dit slechts 130 per 100.000 (24).



Aandeel van SOA's in de verschillende leeftijdscategorieën in 2018: vergelijking tussen mannen en vrouwen. Grafiek overgenomen van Public health England (24).

De toename van het aantal SOA's bij Engelse 45-plussers is hoofdzakelijk het gevolg van een stijging van het aandeel bacteriële SOA's. Er waren respectievelijk 7 en 3.5 keer meer nieuwe diagnoses van gonorrhoe en chlamydia bij 45-plussers in 2003 t.o.v. in 1996. De toename van syfilis werd voornamelijk bij mannelijke 45-plussers aangetoond: 20-voudige stijging. Echter, virale SOA's bleven de meest voorkomende SOA's bij 45-plussers: 45,0 % genitale wratten en 19,0 % genitale herpes. Er was een relatief grotere toename van het aantal SOA's bij de mannelijke dan bij de vrouwelijke 45-plussers (verhouding man/vrouw in 2003 2.26 t.o.v. 1.6 in 1996). Dit wordt geïllustreerd aan de hand van onderstaande grafiek (25).



Verhouding SOA's man/vrouw per leeftijdscategorie in Engeland. Grafiek overgenomen van Bodley-Tickell AT et al. (25).

Een Europese studie met 31 landen bestudeerde tussen 2004 en 2015 de nieuwe diagnoses van HIV (human immunodeficiency virus). Er werd een verdubbeling van het aantal HIV-diagnoses bij 50-plussers aangetoond. In 2015 werd 17,3 % van de nieuwe HIV diagnoses vastgesteld bij 50-plussers, t.o.v. 8,5 % in 2004. In de jongere leeftijdscategorieën was er een man/vrouw verhouding van 3,5. Bij 50-plussers bedraagde dit 3,5 (26).

### Mogelijke verklaringen

Vanaf de jaren '80 ontstond er meer open communicatie over seksualiteit. Maar door de invoering van seksuele educatie op school en overheids campagnes met betrekking tot SOA's werd de focus toen gelegd op jongeren en jongvolwassenen. Doordat heel wat huidige 50-plussers vroeger geen seksuele educatie hebben gehad op school en doordat de huidige SOA campagnes zich nog steeds te vaak richten tot de jongere generaties hebben ze de misperceptie dat ze niet meer vatbaar zijn voor SOA's (27).

Enerzijds zorgt de combinatie van de toenemende levensverwachting en de daaraan geassocieerde stijging in seksueel actieve 60-plussers voor een toename van SOA's in deze leeftijdscategorie. Vaginale atrofie in combinatie met minder condoomgebruik zorgt ervoor dat vrouwelijke 50-plussers vatbaarder zijn voor SOA's (28). Doordat de nood voor anticonceptie wegvalt op oudere leeftijd, hebben vrouwelijke 50-plussers het idee dat ze na de menopauze ook geen condooms meer hoeven te gebruiken (27).

58,0 % van de alleenstaande 60-plussers gebruikt geen condoom bij een nieuwe partner (28). De cervix wordt vatbaarder voor SOA's. De verlengde tijd van penetratie tot ejaculatie van de man zorgt voor een verlenging van de coïtale tijd. Dit resulteert in een verlenging van de transmissie van potentiële SOA's. De aanwezigheid van chronische ziekten zoals diabetes of maligniteiten zorgt voor een aantasting van het immuunsysteem waardoor vrouwen met deze aandoeningen sneller vatbaar zijn voor infecties (27).

Daarnaast zorgt een stijging van het aantal echtscheidingen bij 60-plussers voor een toename van SOA's: tussen 2005 en 2015 steeg het percentage echtscheidingen bij mannen en vrouwen ouder dan 65 jaar met respectievelijk 23,0 % en 38,0 % (27). Alleenstaande 50-plussers hebben sneller seksuele contacten met een nieuwe partner dan adolescenten. 60-plussers hebben gemiddeld 1.45 seksuele partners gehad in de voorbije 6 maanden (28).

De RFE van 98 60-plussers die een gynaecoloog of uroloog raadplegen werd onderzocht in een Engelse studie uit 2011. Bijna een kwart had een SOA, waarvan 28,0 % mannen en 19,0 % vrouwen (28). Gynaecologische symptomen worden bij postmenopauzale vrouwen vaak onterecht toegeschreven aan de menopauze, terwijl SOA's in de differentiaaldiagnose dienen te zitten. Daarnaast is er nog steeds risico op HPV besmetting waardoor cervixkanker kan ontstaan. Vrouwelijke 50-plussers dienen daarom nog elke drie jaar een cervixuitstrijkje te laten nemen (27).

## 1.9 Bespreekbaarheid bij de huisarts

### Visie van patiënten

Seksualiteit blijft een belangrijk onderdeel van het leven op oudere leeftijd. Mogelijks weten mensen niet bij wie ze terecht kunnen, denken ze dat hun seksueel probleem een onderdeel is van het normale verouderingsproces of zorgt een schaamtegevoel ervoor dat ze geen hulp zoeken (3). Seksualiteit bij ouderen wordt niet routinematig besproken door zorgverleners. Door het nog heersende taboe rond seksualiteit bij ouderen is er vaak nog schaamte om over seksualiteit te praten. Ze vermijden het onderwerp op de consultatie omdat ze zich schamen: ten eerste omdat ze nog seksueel actief zijn en ten tweede omdat ze seksuele problemen ervaren (7).

Van de vrouwelijke 50-plussers (waarvan 82,2 % seksueel actief) met een partner heeft slechts 6,0 % al hulp gezocht voor seksuele problemen. De hulp werd voornamelijk gezocht bij een huisarts (3). Volgens Sensoa heeft 85,0 % van de mensen met seksuele dysfunctie nog nooit contact gehad met een hulpverlener (29). Slechts 38,0 % van de mannelijke en 22,0 % van de vrouwelijke 50-plussers heeft al ooit een gesprek over seksualiteit met hun huisarts gehad. Toch wil 97,0 % van de vrouwelijke 65-plussers dit onderwerp graag eens bespreken met de huisarts (3). Een derde van de vrouwelijke 65-plussers hebben ooit een gesprek over seksualiteit met de huisarts gevoerd in vergelijking met 52,0 % van de jongere vrouwen. Dit komt omdat jongere vrouwen seksualiteit aanbrengen in de consultatie als RFE. Een gesprek i.v.m. seksualiteit lijkt 65-plussers nuttig indien er daadwerkelijk seksuele problemen ontstaan (7).

Uit Amerikaanse studies blijkt dat 80,0 % van de vrouwelijke 65-plussers een nieuwe afspraak zou maken, indien de huisarts het onderwerp aanhaalt, maar er op dat moment tijdsgebrek is. Indien ze een hulpvraag hebben, voelen ze zich meer comfortabel indien de huisarts het onderwerp zelf ter sprake brengt. 45,0 % verkiest de huisarts als initiërende persoon voor dit gespreksonderwerp (7).

Het geslacht en de leeftijd van de zorgverlener is een beïnvloedende factor bij het bespreken van seksualiteit. Hoe beter de arts-patiënt relatie, hoe comfortabeler de patiënt zich voelt om seksualiteit te bespreken. De nood van 65-plussers om seksuele problemen te bespreken met hun huisarts hangt af van het libido en de partner. Iemand die een hoog libido heeft en problemen ervaart op seksueel vlak, zal hiermee sneller de arts consulteren. Indien de seksuele behoefte van de partner niet meer vervuld wordt, wordt sneller een arts geraadpleegd (7).

### Barrières bij zorgverleners

Zorgverleners geven aan dat ze te weinig kennis en zelfvertrouwen hebben om seksualiteit op een correcte en grondige manier te bespreken. Vaak wordt dit onderwerp besproken op het einde van de consultatie en is er te weinig tijd over. Dan wordt het onderwerp vaak aan de kant geschoven tot de patiënt dezelfde hulpvraag bij een volgende consultatie herhaalt (29). Uit een bevraging van Sensoa blijkt dat 94,0 % van de huisartsen seksuele gezondheid meer ter sprake wil brengen (3).

De meerderheid van de bevroegde artsen (89,2 %) gaf aan dat ze meer kennis willen over seksuele gezondheid. Verder gaf 63,7 % aan dat ze de nood hebben om regelmatig herinnerd te worden aan dit thema via nieuwsbrieven of persberichten (29).

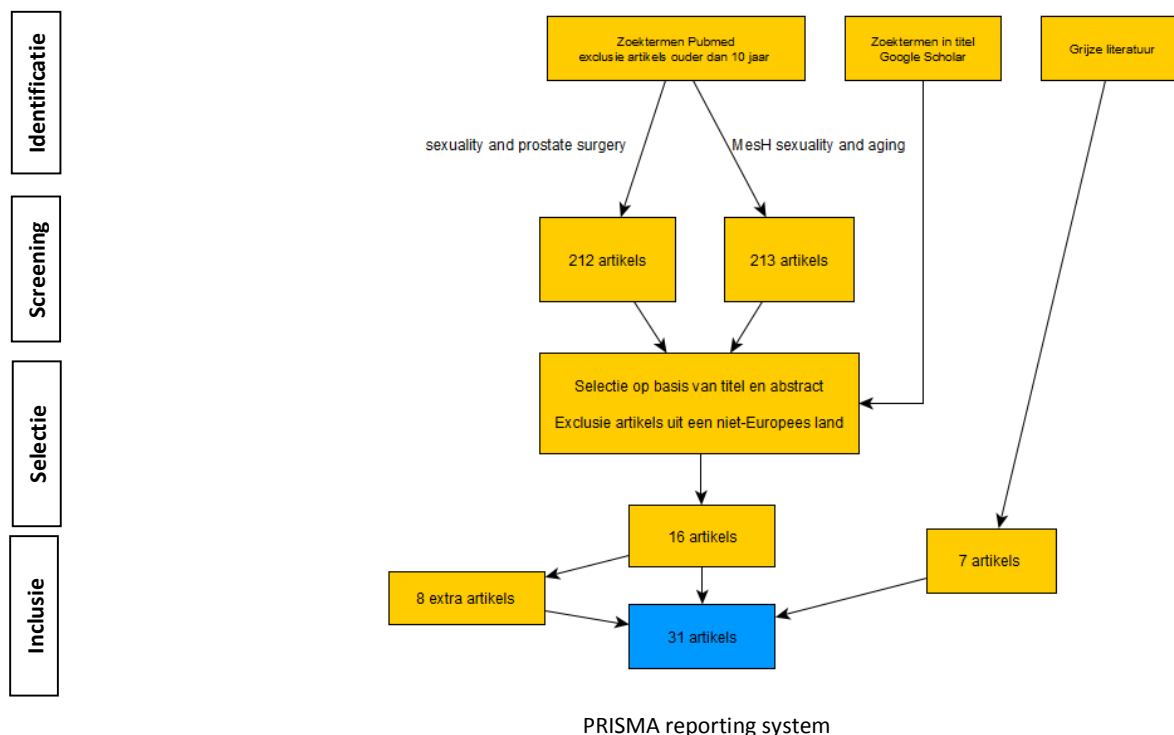
Seksuele gezondheid ter sprake brengen lijkt vooral uitdagend te worden als een directe aanleiding om dit te bespreken ontbreekt. Nochtans is dit wat patiënten net verwachten: een huisarts die proactief seksuele gezondheid bevraagt (29). De perceptie van hulpverleners dat 50-plussers asexueel zijn en daardoor geen risico lopen op SOA's zorgt voor een barrière om deze leeftijdscategorie te testen op SOA's. Vooroordelen, normen en waarden van de arts rondom seksualiteitsbeleving van ouderen kunnen een SOA-anamnese in de weg staan (3).

Momenteel richten campagnes (vb. veilig vrijen) zich teveel op de jongere generaties. Het SOA-consult komt weinig ter sprake bij 50-plussers. Daarnaast is er nood aan uitbreiding van SOA-testing in deze bevolkingsgroep. Het is belangrijk dat de huisarts ook bij 50-plussers openstaat voor de mogelijkheid van een SOA. Huisartsen voelen zich comfortabeler om met mannelijke patiënten over hun seksuele disfunctie te praten, mede omdat er verschillende therapeutische mogelijkheden zijn om erectiestoornissen te behandelen. Dit in tegenstelling tot de weinige therapeutische mogelijkheden bij vrouwelijke seksuele disfunctie. (3).

## 2. Methodologie

### 2.1 Zoekstrategie literatuuronderzoek

Als basis voor deze oriënterende literatuurstudie zocht ik relevante artikels in de online databank Pubmed door gebruik te maken van de MeSH-termen 'sexuality', 'sexual behaviour', 'aging', 'HIV', 'erectile dysfunction', 'diabetes mellitus'. Aanvullend vond ik de databanken Pubmed en Google Scholar artikels door gebruik te maken van de termen 'sexually transmitted infections', 'sexuality', 'menopause', 'sexual dysfunction', 'older adult', 'prostate surgery' en 'urinary incontinence'. Door combinaties te maken van deze termen werden de artikels gevonden. Ik stelde de limieten 'free full text' en 'tijd' in om geen artikels ouder dan tien jaar te includeren. Acht artikels werden gevonden in de referentielijst van de eerder gevonden artikels (sneeuwbalmethode).



De grijze literatuur verwijst naar de website van Sensoa, de richtlijnen van Domus Medica 'bespreekbaar maken van seksuele gezondheid' en de NHG-standaard 'seksuele klachten'. Ik includeerde hoofdzakelijk artikels uit Europese landen en bij voorkeur Engeland en België omdat de gezondheidszorg in Engeland het meest overeenstemt met de Belgische gezondheidszorg. Daarnaast is er een te groot verschil in prevalentie van chronische aandoeningen tussen Engeland en vb. Australië of China. Hierdoor is extrapolatie van data moeilijker.

## 2.2 Survey

### 2.2.1 Opstellen van de vragenlijst

We stelden de vragenlijst op met behulp van de reeds bestaande vragenlijsten over seksuele relaties en activiteiten uit de ELSA studie (wave 6). De vragenlijst uit deze survey bestaat uit drie delen.

- Deel 1 is opgesteld om demografische gegevens te verkrijgen van de respondenten. We krijgen op deze manier informatie over het gebruik van chronische medicatie en de aanwezigheid van chronische ziekten.
- Deel 2 bestaat uit stellingen, waaronder ook een aantal stellingen die vooroordelen over seksualiteit bevatten. Het doel is om een algemeen beeld te krijgen van hoe 50-plussers uit de praktijk denken over seksualiteit.
- Deel 3 gaat over de beleving van seksualiteit en eventuele seksuele problemen. De rol van de huisarts om seksualiteit te bespreken wordt in dit deel bevraagd.

## 2.2.2 Onderzoeksmethode

### Selectie van deelnemers

De onderzoekspopulatie bestond uit mannelijke en vrouwelijke 50-plussers die patiënt zijn in een landelijke huisartsenpraktijk in Lo-Reninge (West-Vlaanderen).

Exclusiecriteria: patiënten die verbleven in een rust- en verzorgingstehuis of patiënten die niet in staat waren om de vragenlijst alleen of correct in te vullen vb. problemen om te schrijven/lezen, dementerende patiënten of patiënten met ernstige psychotische/depressieve kenmerken.

### Verspreiden van de vragenlijsten

Vanaf midden mei 2019 t.e.m. midden november 2019 kregen 50-plussers uit de praktijk (die voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria) uitleg over de masterproef tijdens een consultatie of huisbezoek. Dit gebeurde door Dr. Tessa Crombez en haar praktijkopleider Dr. Nancy Kiekens. Na de uitleg en het invullen van het informed consent werd de vragenlijst meegegeven.

Het uitdelen van de vragenlijsten gebeurde tijdens de consultatie of op huisbezoek. Na het invullen konden de patiënten de vragenlijst anoniem deponeren in de brievenbus van de praktijk. Tijdens huisbezoeken werd een (gefrankeerde) envelop voorzien die de patiënt kon versturen naar de praktijk. Met behulp van het elektronisch medisch dossier stelden we een lijst op van alle 50-plussers die het voorbije jaar nog op de raadpleging zijn gekomen of waar wij op huisbezoek zijn gegaan. Aan de hand van deze lijst konden we bijhouden aan wie we al gevraagd hadden om deel te nemen of wie weigerde.

Het aantal vragenlijsten dat per dag werd meegegeven was erg afhankelijk van de drukte van de consultatiedag. Het verspreiden van de vragenlijsten was erg tijdrovend. Een goede uitleg geven vergde al snel 10 minuten. Op drukke consultatiedagen was er minder tijd om een uitgebreide uitleg te geven aan patiënten. Gelukkig kwamen de meeste 50-plussers op de praktijk minstens drie keer per jaar naar de huisarts en konden we deze patiënten op een volgende consultatie alsnog een vragenlijst meegeven.

Op 15 november 2019 sloten we de survey af.

Aantal 50-plussers waaraan gevraagd werd om deel te nemen	199
Aantal 50-plussers die wilden deelnemen, informed consent ondertekenden + vragenlijst meekregen	184
Aantal 50-plussers die niet wilden deelnemen	15
Aantal vragenlijsten in brievenbus die bruikbaar zijn en geanalyseerd kunnen worden	141
Aantal vragenlijsten in brievenbus die niet bruikbaar zijn	4
Aantal niet-ingevulde vragenlijsten in brievenbus	3

De resultaten werden geanalyseerd aan de hand van 141 bruikbare vragenlijsten. Niet alle vragenlijsten werden volledig ingevuld: de resultaten per vraag werden hieraan aangepast.

De participatiegraad was 71,0 %.

### Ethische commissie

De studie werd goedgekeurd op 18/04/2019 door de Ethische Commissie van UZ Gent/UGent.

### Statistische analyse

Alle 141 vragenlijsten werden verwerkt in SPSS versie 25. Met behulp van de Chikwadraattoets werden de antwoorden op de vragenlijsten geanalyseerd volgens gender en leeftijdscategorie. Indien niet voldaan werd aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets, werden sommige categorieën samengevoegd. Figuren en grafieken werden eveneens in SPSS gemaakt.

### 3. Resultaten

Tijdens het verspreiden van de eerste vragenlijsten werd duidelijk dat bij sommige vragen een antwoordmogelijkheid ontbrak. Voor patiënten die geen relatie hebben of weduwnaar/weduwe zijn ontbrak de optie 'niet van toepassing' bij sommige vragen. Samen met de promotor werd beslist om de vragenlijst niet meer aan te passen omdat de reeds afgenomen vragenlijsten en de nieuwe vragenlijsten dan niet meer vergelijkbaar zouden zijn en daarop geen analyse uitgevoerd kon worden. Patiënten kregen het advies om naast de antwoorden zelf 'niet van toepassing' te schrijven indien er geen antwoordmogelijkheid paste. De resultaten van desbetreffende vragen werden bekomen door enkel de resultaten te analyseren van patiënten met als relationele status: gehuwd, een vaste relatie hebben of samenwonend.

#### 3.1 Deelnemers

Onderstaande tabel toont de gegevens van de 50-plussers die de vragenlijst hebben ingevuld. Met 75 vrouwelijke en 66 mannelijke 50-plussers was de geslachtsverdeling ongeveer gelijkmatig verdeeld. Er waren geen transgenders of personen ouder dan 90 jaar onder de respondenten. Daarom werden deze categorieën weggelaten uit de analyse van de resultaten.

	N	%		N	%
<b>Geslacht</b>			<b>Aantal seksuele relaties ooit</b>		
Man	66	46,8 %	0	0	0,0 %
Vrouw	75	53,2 %	1	90	63,9 %
Transvrouw	0	0,0 %	2-4	43	30,5 %
Transman	0	0,0 %	5-9	4	2,8 %
<b>Leeftijd</b>			>10	4	2,8 %
50-59 jaar	52	36,9 %	<b>Aanwezigheid van ziekten</b>		
60-69 jaar	40	28,4 %	Hypercholesterolemie - 21 mannen - 35 vrouwen	56	39,7 %
70-79 jaar	33	23,4 %	Hypertensie - 28 mannen - 25 vrouwen	53	37,6 %
80-89 jaar	16	11,3 %	Diabetes - 8 mannen - 6 vrouwen	14	9,9 %
90 jaar of ouder	0	0,0 %	Hartaanval in verleden - 4 mannen - 2 vrouwen	6	4,3 %
<b>Relationele status</b>			Prostaatvergroting	12	8,5 %
Gehuwd	107	75,9 %	Prostaatkanker (in behandeling of genezen)	6	4,3 %
Wettelijk samenwonend	9	6,4 %	Borstkanker (in behandeling of genezen)	3	2,1 %
Vaste relatie, maar niet samenwonend/gehuwd	7	4,9 %	Baarmoederhalskanker (in behandeling of genezen)	3	2,1 %
Geen relatie	8	5,7 %	HIV of AIDS	0	0,0 %
Weduwnaar/weduwe	10	7,1 %			
<b>Seksuele voorkeur</b>					
Andere geslacht	136	96,5 %			
Hetzelfde geslacht	1	0,7 %			
Beide geslachten	3	2,1 %			
Geen	1	0,7 %			

	N	%		N	%
<b>Medicatie</b>					
Antihypertensiva - 30 mannen - 21 vrouwen	51	36,2 %	Medicatie borstkanker	1	0,7 %
Antidepressiva - 6 mannen - 13 vrouwen	19	13,5 %	Medicatie prostaatanker	2	1,4 %
Anti-epileptica - 2 mannen - 4 vrouwen	6	4,3 %	Anticonceptie	4	2,8 %
Cholesterolverlagende medicatie - 32 mannen - 36 vrouwen	68	48,2 %			

- 66,7 % van de 50-plussers nemen dagelijks een geneesmiddel uit de vragenlijst. Deze medicatieklassen werden uitgekozen omdat studies aantonen dat deze medicatie een negatieve invloed kan hebben op de seksualiteit.
- 67,0 % van de 50-plussers die dagelijks medicatie nemen ervaren hiervan geen invloed op hun seksualiteit. Twee van de drie patiënten die verklaarden dat de medicatie altijd een negatieve invloed op hun seksleven heeft waren mannen die medicatie tegen prostaatanker nemen. Drie van de zeven 50-plussers die 'meestal' antwoordden nemen antidepressiva.

## 3.2 Bespreking van de resultaten

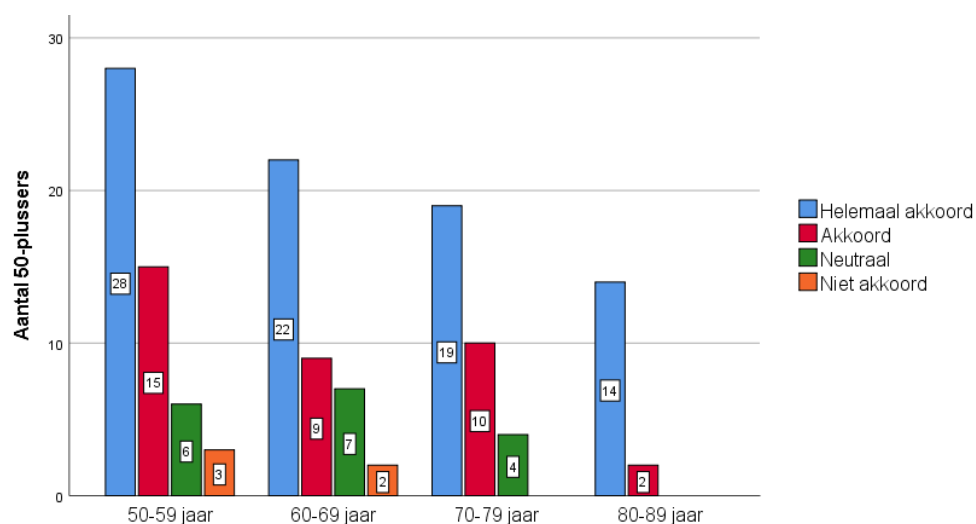
Het doel van deze survey is om een globaal beeld te schetsen van de seksualiteit bij 50-plussers.

### 3.2.1 Standpunt van 50-plussers over seksualiteit

Elke stelling wordt geanalyseerd volgens leeftijdscategorie en gender. Indien niet voldaan wordt aan de voorwaarden voor de Chikwadrotoets, wordt een beschrijving gegeven.

**Stelling 1:** een gehuwde persoon hoort enkel een seksuele relatie te hebben met diens partner.

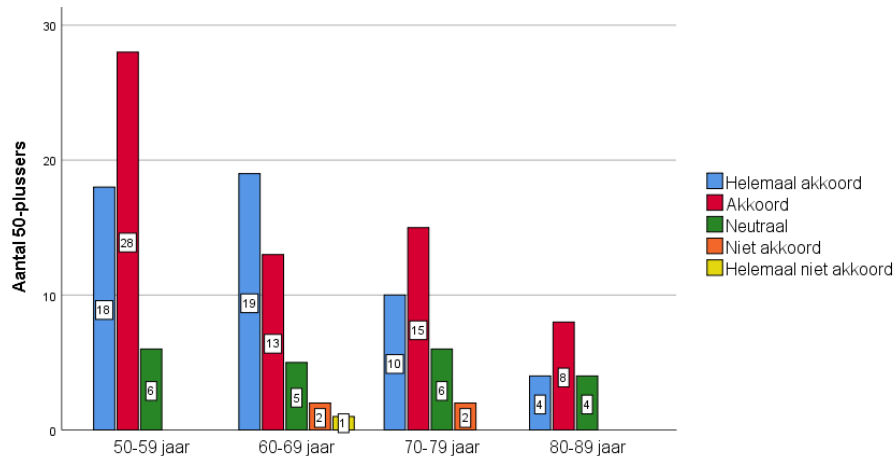
1. 84,4 % van de 50-plussers vindt dat een gehuwde persoon enkel een seksuele relatie mag hebben met de partner. 58,9 % van de 50-plussers is helemaal akkoord met de stelling, 25,5 % is akkoord.
2. Er zijn weinig 50-plussers die neutraal antwoorden of die niet akkoord zijn met de stelling: respectievelijk 17 en 5 50-plussers. Deze personen behoren tot de jongste leeftijdscategorieën.
3. Geen enkele patiënt antwoordde: 'helemaal niet akkoord'.
4. De tabel toont aan dat vrouwelijke 50-plussers vaker 'helemaal akkoord' zijn met de stelling dan mannen.
5. Omdat de voorwaarden voor de Chikwadrotoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie of geslacht.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	47,0 %	69,3 %	58,9 %
Akkoord	33,3 %	18,7 %	25,5 %
Neutraal	15,2 %	9,3 %	12,1 %
Niet akkoord	4,5 %	2,7 %	3,5 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 2:** seksueel actief zijn heeft een positieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid.

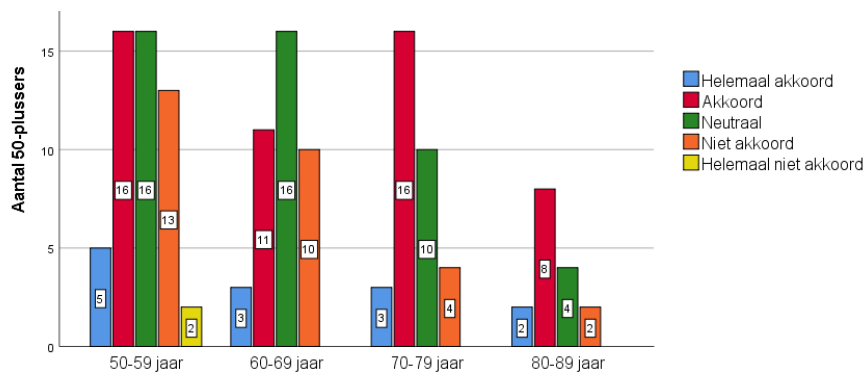
- 81,6 % van de 50-plussers vindt dat seksueel actief zijn een positieve invloed heeft op de mentale en fysieke gezondheid: 36,2 % is helemaal akkoord, 45,4 % is akkoord. 14,9 % antwoordt 'neutraal' op de stelling .
- Slechts vijf 50-plussers deelt deze mening totaal niet.
- Er zijn meer vrouwelijke 50-plussers die neutraal hebben geantwoord.
- Omdat de voorwaarden voor de Chikwadratoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie of geslacht.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	36,4 %	36,0 %	36,2 %
Akkoord	51,5 %	40,0 %	45,4 %
Neutraal	10,6 %	18,7 %	14,9 %
Niet akkoord	1,5 %	4,0 %	2,8 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	1,3 %	0,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 3:** mannen hebben meer behoefte aan seksualiteit (geslachtsgemeenschap, knuffelen,...) dan vrouwen.

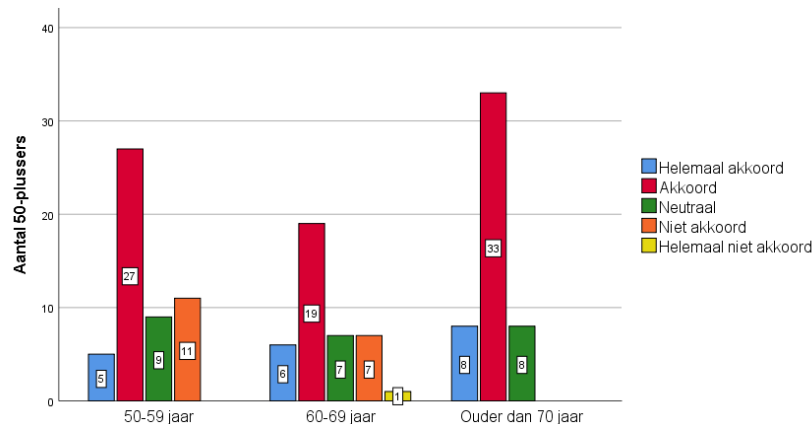
- Bijna de helft van de 50-plussers (45,4 %) vindt dat mannen meer behoefte hebben aan seksualiteit dan vrouwen: 9,2 % van de 50-plussers is helemaal akkoord terwijl 36,2 % akkoord gaat.
- 32,6 % antwoordt 'neutraal' op deze stelling. 22,0 % is helemaal niet of niet akkoord met deze stelling.
- Opvallend is dat er **geen significant verschil** tussen mannen en vrouwen wordt opgemerkt (chikwadratoets, P-waarde 0,521).
- De voorwaarden voor de Chikwadratoets zijn niet vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën) voor een analyse volgens leeftijdscategorie.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	9,1 %	9,3 %	9,2 %
Akkoord	31,8 %	40,0 %	36,2 %
Neutraal	36,4 %	29,3 %	32,6 %
Niet akkoord	22,7 %	18,7 %	20,6 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	2,7 %	1,4 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 4:** Hoe ouder men wordt, hoe moeilijker het wordt om geslachtsgemeenschap (penetratie) te hebben.

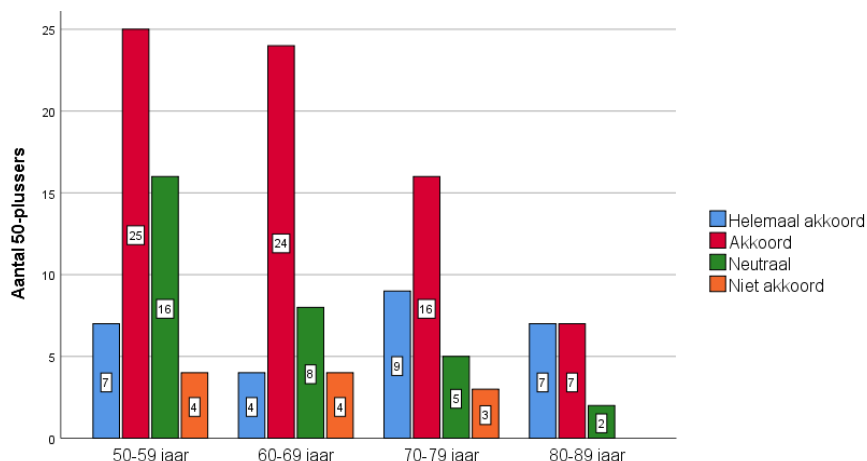
- 69,5 % van de 50-plussers geeft aan dat het moeilijker is om seks met penetratie te hebben als men ouder wordt: 13,5 % is helemaal akkoord met de stelling, 56,0 % is akkoord.
- 17,0 % heeft geen mening en 12,8 % is niet akkoord. De patiënten die niet akkoord zijn met de stelling komen uit de jongste leeftijdscategorieën. Slechts één 50-plusser is helemaal niet akkoord met deze stelling.
- Met toenemende leeftijd zijn er meer 50-plussers die aangeven dat het moeilijker wordt om penetratie te hebben. Indien we de leeftijdscategorieën 70-79 jaar/80-89 jaar samenvoegen, dan is dit verschil **randsignificant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,057).
- Er zijn meer mannen dan vrouwen die aangeven dat penetratie moeilijker wordt bij het ouder worden (respectievelijk 63,6 % en 74,6 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers). Dit verschil is echter **niet significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,450).



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	13,6 %	13,3 %	13,5 %
Akkoord	50,0 %	61,3 %	56,0 %
Neutraal	19,7 %	14,7 %	17,0 %
Niet akkoord	16,7 %	9,4 %	12,8 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	1,3 %	0,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 5:** als men ouder wordt, is er meer aandacht voor andere vormen van seksualiteit dan penetratie (kussen, strelen, knuffelen, masturbatie,...).

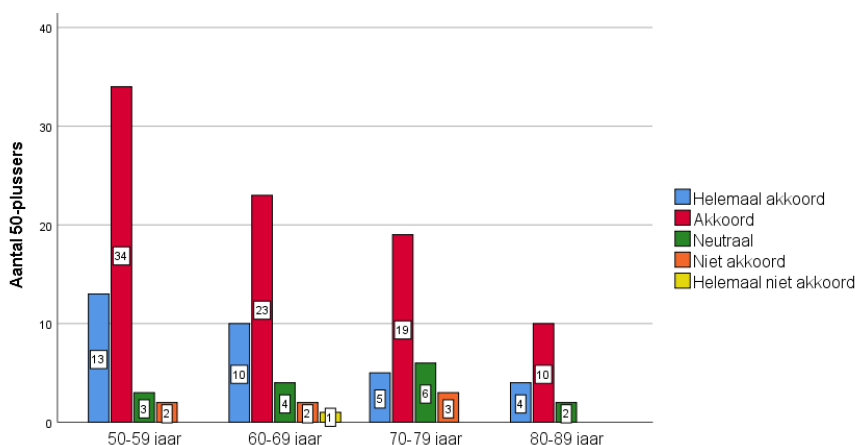
- 70,2 % van de 50-plussers vindt dat er meer aandacht is voor andere vormen van seksualiteit dan penetratie bij het ouder worden.
- 22,0 % van de 50-plussers deelt geen mening en 7,8 % is niet akkoord. Niemand is helemaal niet akkoord met de stelling.
- Er is **geen significant verschil** indien geanalyseerd wordt volgens geslacht (Chikwadraattoets, P-waarde 0,478).
- De voorwaarden voor de Chikwadraattoets zijn niet vervuld om een leeftijdscategorieën met elkaar te vergelijken.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	19,6 %	18,7 %	19,1 %
Akkoord	47,0 %	54,7 %	51,1 %
Neutraal	27,3 %	17,3 %	22,0 %
Niet akkoord	6,1 %	9,3 %	7,8 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 6:** tevredenheid over het seksleven is belangrijk voor de relatie tussen partners, ook op oudere leeftijd.

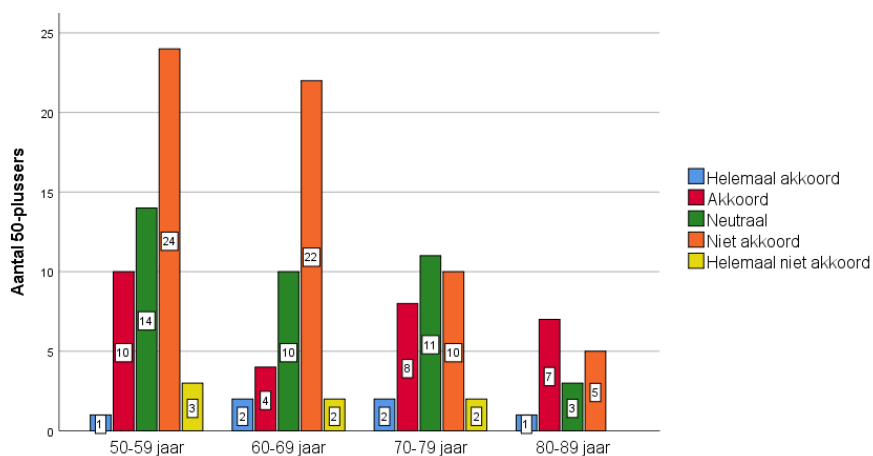
- De meeste 50-plussers (83,7 %) vinden dat tevredenheid over het seksleven belangrijk is voor de relatie tussen de partners op oudere leeftijd. De meesten zijn akkoord (70,0 %), 22,7 % is helemaal akkoord.
- De minderheid van de 50-plussers antwoorden neutraal op de stelling. Er zijn minder patiënten namelijk 10,6 % die neutraliteit verkiezen. Acht 50-plussers zijn niet of helemaal niet akkoord met de stelling.
- Indien de resultaten volgens geslacht worden geanalyseerd is er een verschil merkbaar: er zijn respectievelijk zes vrouwelijke en één mannelijke 50-plusser die niet akkoord gaan met de stelling.
- Omdat de voorwaarden voor de Chikwadraattoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie of geslacht.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Helemaal akkoord	21,2 %	24,0 %	22,7 %
Akkoord	66,7 %	56,0 %	70,0 %
Neutraal	10,6 %	10,7 %	10,6 %
Niet akkoord	1,5 %	8,0 %	5,0 %
Helemaal niet akkoord	0,0 %	1,3 %	0,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Stelling 7:** seks zonder penetratie is geen goede seks.

- De meeste 50-plussers (48,2 %) zijn niet akkoord met deze stelling. 27,0 % van de 50-plussers kiest 'neutraal'.
- 24,8 % van de 50-plussers is akkoord met deze stelling. De optie 'helemaal akkoord' en 'helemaal niet akkoord' werden zeer weinig gekozen.
- Bij deze stelling is er een opvallend verschil wanneer we de resultaten analyseren volgens geslacht: dubbel zoveel vrouwelijke 50-plussers zijn niet akkoord met deze stelling, terwijl dubbel zoveel mannelijke 50-plussers akkoord zijn met de stelling. Indien we de categorieën helemaal akkoord/akkoord en helemaal niet akkoord/niet akkoord samenvoegen, wordt voldaan aan de voorwaarden voor de Chikwadraattoets en zien we een **significant verschil** (P-waarde 0,003).
- Omdat de voorwaarden voor de Chikwadraattoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie.



N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Akkoord	34,8 %	16,0 %	24,8 %
Neutraal	31,8 %	22,7 %	27,0 %
Niet akkoord	33,3 %	61,3 %	48,2 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### 3.2.2 Beleving van seksualiteit

Het grootste deel van de vragenlijst (deel 3) peilt naar de seksualiteitsbeleving bij 50-plussers. De resultaten worden hieronder besproken.

#### Betekenis van seksualiteit

Wat betekent seksualiteit voor 50-plussers? Op deze vraag konden de deelnemers meerdere antwoorden aanduiden. Onderstaande tabel toont hoe vaak elke categorie van seksualiteit wordt aangeduid. Meerdere categorieën konden worden gekozen. Alle vormen van seksualiteit worden minder aangeduid bij toenemende leeftijd.

Betekenis van seksualiteit	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar
Penetratie	46	28	15	7
Orale seks	25	7	5	1
Kussen	29	23	14	9
Knuffelen en strelen	40	32	24	12
Masturbatie	23	15	7	1

- Penetratie werd het meest aangeduid in de leeftijdscategorie 50-60 jaar. De andere vormen van seksualiteitsbeleving worden ook gezien als onderdeel van het seksleven.
- In de hoogste leeftijdscategorieën wordt kussen en knuffelen/strelen het meest aangeduid. Penetratie, orale seks en masturbatie worden weinig aangeduid bij de hogere leeftijdsklassen. Voor kussen, knuffelen en strelen is er ook een daling, maar in mindere mate als de andere vormen. Orale seks en masturbatie behoren volgens 70-plussers niet tot de seksualiteitsbeleving.

#### Vormen van seksualiteit

Hoe beleven 50-plussers seksualiteit? Op deze vraag konden de deelnemers meerdere antwoorden aanduiden. Onderstaande tabel toont hoe vaak elke categorie van seksualiteit wordt aangeduid.

Vorm van seksualiteit	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar
Penetratie	27	15	5	2
Orale seks	13	1	0	0
Kussen	21	13	10	9
Knuffelen en strelen	35	28	24	10
Masturbatie	14	10	6	0
Totaal	52	40	33	16

Respectievelijk 86,4 % en 84,4 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers is nog seksueel actief (met exclusie van masturbatie).

- In de jongere leeftijdscategorieën werden alle vormen aangeduid, met in de top drie: penetratie, knuffelen/strelen en kussen.
- In de oudere leeftijdscategorieën wordt het meest geknuffeld en gestreeld. Penetratie werd zeer weinig aangeduid in deze leeftijdsklasse. Orale seks en masturbatie werden niet aangeduid in de hoogste leeftijdscategorie.
- 24,6 % en 18,9 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers masturbeert waarvan de meesten zich in de jongste leeftijdscategorieën bevinden.

## Denken aan seks

- Eén op de vijf 50-plussers (21,3 %) heeft de voorbije maand niet aan seks gedacht, hiervan is 70 % ouder dan 70 jaar.
- De meeste 50-plussers (23,4 %) denken gemiddeld één keer per maand aan seks.
- Bij toename van de leeftijd daalt de frequentie van denken aan seks. Dit verschil is **significant** (chikwadraattoets, P-waarde <0,001). Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 141	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Niet	7,7 %	12,5 %	42,9 %	21,3 %
Eén keer per maand	17,3 %	25,0 %	28,6 %	23,4 %
Twee of drie keer per maand	17,3 %	20,0 %	6,1 %	14,2 %
Eén keer per week	21,2 %	22,5 %	6,1 %	16,3 %
Twee of drie keer per week	26,9 %	12,5 %	16,3 %	19,1 %
Eén keer per dag	9,6 %	7,5 %	0,0 %	5,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- Er is **een significant verschil** tussen man en vrouw: mannen denken significant vaker aan seks dan vrouwen (chikwadraattoets, P-waarde 0,001).

N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Niet	18,2 %	24,0 %	21,3 %
Eén keer per maand	15,2 %	30,7 %	23,4 %
Twee of drie keer per maand	7,6 %	20,0 %	14,2 %
Eén keer per week	21,2 %	12,0 %	16,3 %
Twee of drie keer per week	25,7 %	13,3 %	19,1 %
Eén keer per dag	12,1 %	0,0 %	5,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

## Frequentie van penetratie

- 43,3 % van de 50-plussers heeft geen penetratie meer gehad gedurende het voorbije jaar.
- Naarmate de leeftijd stijgt, hebben 50-plussers minder vaak penetratie en daalt de frequentie van coïtus. Dit verschil is **niet significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,392). Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 141	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Niet	15,4 %	37,5 %	77,6 %	43,3 %
Minder dan één keer per maand	21,2 %	17,5 %	8,2 %	15,6 %
Eén keer per maand	15,4 %	12,5 %	4,1 %	10,6 %
Twee of drie keer per maand	21,1 %	22,5 %	2,1 %	14,9 %
Eén keer per week	1,9 %	0,0 %	0,0 %	15,6 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- De frequentie van penetratie bij mannen ligt hoger dan bij vrouwen, maar dit verschil is **niet significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,118).

N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Niet	39,4 %	46,7 %	43,3 %
Minder dan één keer per maand	13,6 %	17,3 %	15,6 %
Eén keer per maand	13,6 %	8,0 %	10,6 %
Twee of drie keer per maand	10,6 %	18,7 %	14,9 %
Eén keer per week	22,7 %	9,3 %	15,6 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

#### Seksuele activiteiten bij ouder worden

- 74,3 % van de 50-plussers geeft aan dat er een afname is van de seksuele activiteiten bij toenemende leeftijd. Bij toenemende leeftijd is er een **significante stijging** van het percentage 50-plussers die aangeeft dat de er een afname is van de seksuele activiteiten (chikwadraattoets, P-waarde 0,004). Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 140	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Afgenomen	57,7 %	75,0 %	91,6 %	74,3 %
Gelijk	25,0 %	15,0 %	4,2 %	15,0 %
Toegenomen	17,3 %	10,0 %	4,2 %	10,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- 15,0 % zegt dat de graad van seksuele activiteiten gelijk blijft: dit zijn voornamelijk patiënten uit de jongere leeftijdscategorieën.
- 15 patiënten geven aan dat hun seksuele activiteiten toenemen bij het ouder worden.
- De geslachtsverdeling is evenredig. Er is **geen significant verschil** (chikwadraattoets, P-waarde 0,872).

#### Behoefte aan seksualiteit/intimiteit bij ouder worden

Hetzelfde fenomeen is zichtbaar met betrekking tot de behoefte naar seksualiteit/intimiteit.

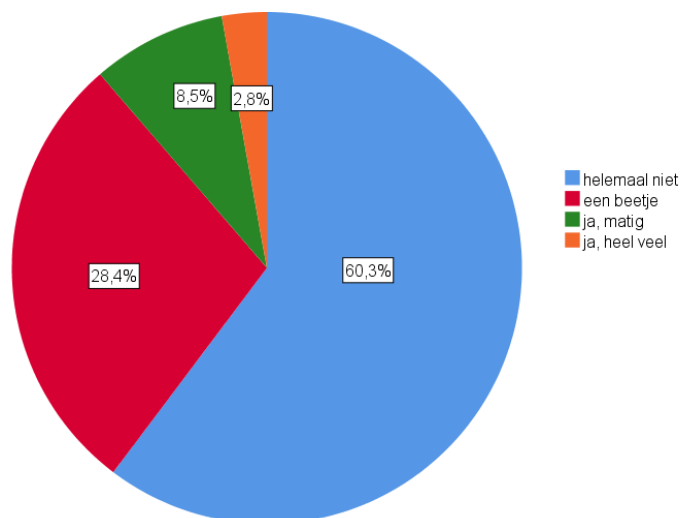
- 72,1 % van de 50-plussers geeft aan dat er een afname is van de behoefte aan seksualiteit bij toenemende leeftijd. Bij toenemende leeftijd is er een **significante stijging** van het percentage 50-plussers die aangeven dat de behoefte aan seksualiteit afneemt (chikwadraattoets, P-waarde 0,049). Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 140	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Afgenomen	61,5 %	67,5 %	87,5 %	72,1 %
Gelijk	25,0 %	17,5 %	8,3 %	17,1 %
Toegenomen	13,5 %	15,0 %	4,2 %	10,8 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- 17,1 % zegt dat hun behoefte aan seksualiteit of intimiteit gelijk gebleven is bij het ouder worden: dit zijn voornamelijk patiënten uit de jongere leeftijdscategorieën.
- 15 patiënten geven aan dat de behoefte naar seksuele activiteiten toenemen bij het ouder worden.
- Er is **geen significant verschil** tussen man en vrouw (chikwadraattoets, P-waarde 0,671).

### Bezorgdheid over het seksleven

- 60,3 % van de 50-plussers (59,1 % van de mannen en 61,3 % van de vrouwen) maakt zich geen zorgen over hun seksleven.
- 28,4 % van de 50-plussers maakt zich een beetje zorgen (24,2 % van de mannen en 32,0 % van de vrouwen).
- Respectievelijk 16,7 % en 6,7 % van de mannelijke en vrouwelijk 50-plussers maakt zich wel zorgen over hun seksleven.
- De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn **niet significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,145).

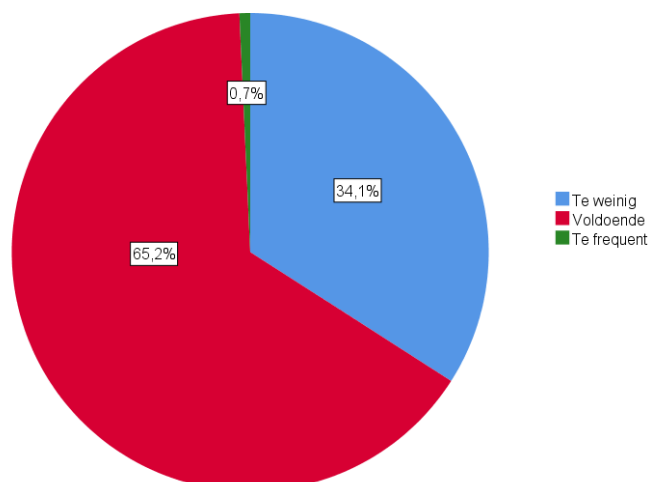


- Hoe ouder de patiënten, hoe minder ze zich ongerust maken over hun seksleven. Dit verschil is **niet significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,479). Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 141	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Helemaal niet	57,7 %	52,5 %	69,4 %	60,3 %
Een beetje	28,8 %	32,5 %	24,5 %	28,4 %
Ja	13,5 %	15,0 %	6,1 %	11,3 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### Tevredenheid over de frequentie van seksuele activiteiten

- 65,2 % van de 50-plussers is tevreden over de frequentie van de seksualiteit/intimiteit. 34,1 % vindt de frequentie van seksuele activiteiten te weinig. Slechts één mannelijke 50-plusser geeft aan dat er te veel seks is.
- Indien we de enige patiënt die als antwoord 'te frequent' aangeeft niet includeren, dan wordt voldaan aan de voorwaarden voor analyse met behulp van de chikwadraattoets. Respectievelijk 65,6 % en 65,7 % van de mannen en vrouwen is tevreden over de frequentie van de seksuele activiteiten. Er is **geen significant** verschil tussen mannen en vrouwen (chikwadraattoets, P-waarde 0,987).

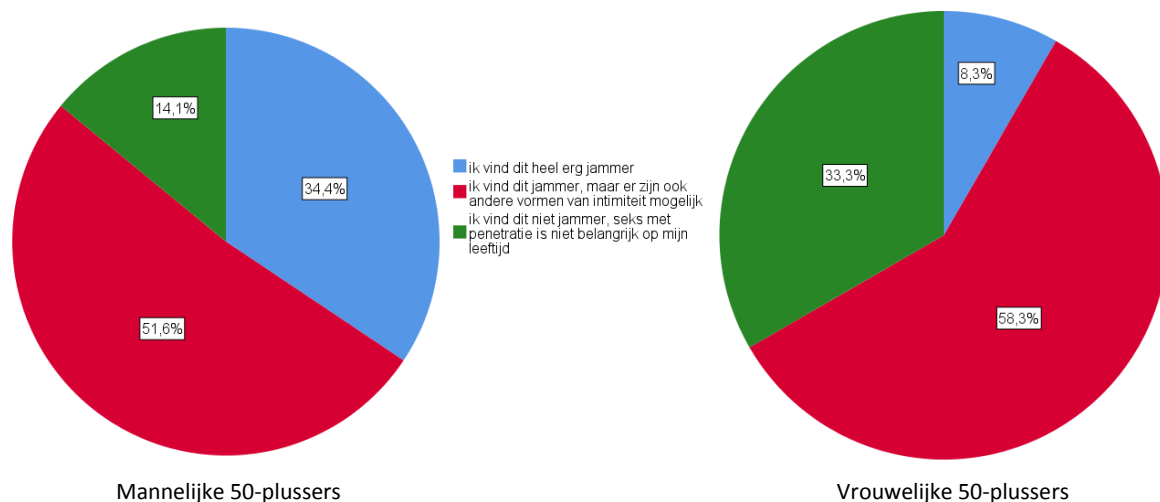


- Patiënten uit de oudere leeftijdscategorieën zijn ook tevreden zijn over de frequentie van seksuele activiteiten, ondanks de eerder aangetoonde afname van seksuele activiteiten en behoefte naar seksualiteit. Bij toename van de leeftijd stijgt de seksuele tevredenheid **niet-significant** (chikwadraattoets, P-waarde 0,536).

		Leeftijdscategorie				Totaal
		50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	
Wat vindt u van de frequentie van uw seksuele activiteiten?	Te weinig	34,6 %	33,3 %	41,9 %	20,0 %	34,4 %
	Voldoende	65,4 %	66,7 %	58,1 %	80,0 %	65,6 %

### 3.2.3 Seksuele dysfunctie

- Indien er geen penetratie mogelijk is (door ED bij de man of dyspareunie bij de vrouw) dan vindt 20,6 % van de 50-plussers dit heel erg jammer. 57,4 % vindt het jammer, maar beseft dat er andere vormen van intimiteit mogelijk zijn.
- 22,0 % vindt dit niet erg, want seks met penetratie is niet belangrijk op mijn leeftijd.
- Onderstaande taartdiagrammen tonen een **sterk significant verschil** tussen mannen en vrouwen (Chikwadraattoets, P-waarde <0,001).



- Indien er per leeftijdscategorie wordt geanalyseerd zijn er meer jongere 50-plussers die seks zonder penetratie erg jammer vinden. Met toenemende leeftijd vinden 50-plussers seks met penetratie minder belangrijk. Dit is eveneens een **sterk significant verschil** (Chikwadraattoets, P-waarde <0,001).

N 136	Leeftijdscategorie				Totaal
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	
Heel erg jammer	25,0 %	20,0 %	20,0 %	7,1 %	20,6 %
Jammer, maar er zijn andere vormen van intimiteit mogelijk	67,3 %	67,5 %	33,3 %	42,9 %	57,4 %
Niet jammer, seks met penetratie is niet belangrijk op mijn leeftijd	7,7 %	12,5 %	46,7 %	50,0 %	22,0 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

## Mannen

- 39,4 % van de mannelijke 50-plussers heeft erectiestoornissen bij de meeste seksuele activiteiten. Bij toenemende leeftijd zijn er meer 50-plussers met erectiestoornissen (Chikwadraattoets, P-waarde 0,082).

N 66	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Ja	26,1 %	41,2 %	40,0 %	72,7 %	39,4 %
Neen	73,9 %	58,8 %	60,0 %	27,3 %	60,6 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- Van deze 26 mannen met ED hebben zes mannen een operatie aan de prostaat gehad. Eén man heeft erectiestoornissen door radiotherapie t.h.v. de prostaat.
- Tien mannelijke 50-plussers hebben een prostaatoperatie gehad. Daarvan heeft één man erectiestoornissen, één man heeft urineverlies en vier mannen hebben zowel erectiestoornissen en urineverlies. Vier mannen ervaren geen negatieve invloed van de operatie op de seksualiteit.  
Er is een discongruentie merkbaar: er is één man die erectiestoornissen heeft en een prostaatoperatie heeft gehad waarvan hij verklaart dat de operatie geen invloed op de ED heeft gehad. Dit kan worden verklaard voor pre-existente ED m.a.w. ED door andere factoren dan prostaatoperatie of radiotherapie.

Onderstaande tabel toont factoren die een negatieve invloed kunnen hebben bij de 26 mannelijke 50-plussers met ED. Combinaties van factoren werden dubbel geteld.

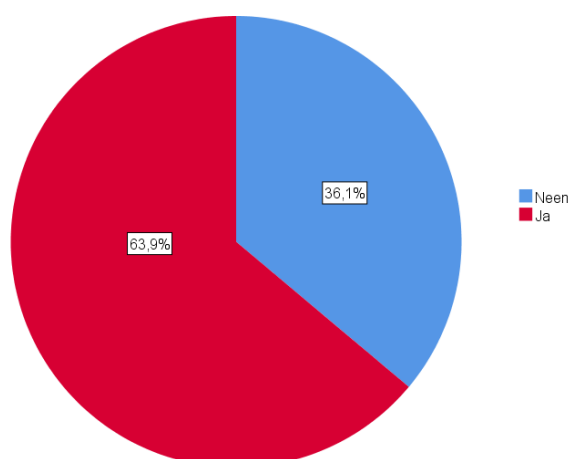
Aandoening	Aantal mannelijke 50-plussers	Medicatie	Aantal mannelijke 50-plussers
Diabetes	2	Medicatie prostaatcancer	2
Hartaanval in verleden	2	Antihypertensiva/ cholesterolverlagende medicatie	20
Hypertensie of hypercholesterolemie	20	Anti-epileptica	2
		Antidepressiva	1

Slechts twee van de acht mannelijke 50-plussers met diabetes heeft erectiestoornissen. Daarvan is er één man met de combinatie prostaatoperatie en diabetes.

Drie van de vier mannelijke 50-plussers met een hartaanval in de voorgeschiedenis heeft erectiestoornissen: hiervan is er één man met de combinatie prostaatoperatie en diabetes.

## Vrouwen

- 63,9 % van de vrouwelijke 50-plussers vindt dat de menopauze een invloed heeft of heeft gehad op hun seksualiteitsbeleving. Drie vrouwen hebben deze vraag niet beantwoord. Er is **geen significant verschil** aantoonbaar indien we leeftijdscategorieën vergelijken (Chikwadraattoets, P-waarde 0,849).



Onderstaande tabel toont negatief beïnvloedende factoren van vaginale droogheid en dyspareunie. Combinaties van factoren werden dubbel geteld.

Aandoening	Aantal vrouwelijke 50-plussers	Aandoening	Aantal vrouwelijke 50-plussers
Diabetes	6	Medicatie voor borstkanker	1
Hartaanval in verleden	2	Anticonceptie	4
Hypertensie of hypercholesterolemie	49	Antihypertensiva/ Cholesterolverlagende medicatie	49
		Anti-epileptica	4
		Antidepressiva	13

Bij de drie vrouwen met borstkanker is er één vrouw die altijd vaginale droogheid en pijn ervaart tijdens penetratie, één vrouw die nooit klachten ervaart en één vrouw die soms vaginale droogheid heeft, maar geen pijn heeft bij betrekkingen.

Bij de zes vrouwelijke diabetespatiënten zijn er drie vrouwen die geen pijn hebben tijdens betrekkingen, twee vrouwen soms en één vrouw altijd. Vaginale droogheid wordt ervaren bij vier vrouwen.

	Borstkanker	Diabetes
Dyspareunie	1	3
Vaginale droogheid	2	4
Totaal	3	6

### Dyspareunie

- 55,1 % van de vrouwelijke 50-plussers ervaart pijn of ongemakken tijdens penetratie gedurende de voorbije maanden. Daarvan heeft 71,1 % soms ongemakken.
- 44,9 % van de vrouwelijke 50-plussers ervaart nooit ongemakken of pijn bij penetratie. Een verklaring hiervoor is de afwezigheid van penetratie bij intimiteit. 38,7 % van de 50-plussers die nooit ongemakken hebben geeft aan dat er geen penetratie meer is en deze vrouwen zijn meestal ouder dan 70 jaar.
- Omdat de voorwaarden voor de Chikwadraattoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie.

N 69	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Nooit	40,7 %	36,4 %	64,7 %	33,3 %	44,9 %
Soms	48,2 %	40,9 %	23,5 %	33,3 %	39,1 %
Meestal	0,0 %	9,1 %	5,9 %	0,0 %	4,3 %
Altijd	11,1 %	13,6 %	5,9 %	33,3 %	11,7 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### Vaginale droogheid

- 70,8 % van de vrouwelijke 50-plussers heeft last van vaginale droogheid tijdens penetratie gedurende de voorbije maanden. Daarvan heeft 64,7 % soms vaginale droogheid.
- 29,2 % van de vrouwelijke 50-plussers ervaart geen vaginale droogheid bij penetratie. Een verklaring hiervoor is de afwezigheid van penetratie bij intimiteit. 38,1 % van de 50-plussers die nooit ongemakken hebben geeft aan dat er geen penetratie meer is en deze vrouwen zijn meestal ouder dan 70 jaar.

Omdat de voorwaarden voor de Chikwadraattoets niet zijn vervuld (evenmin na samenvoegen van categorieën), kan er geen vergelijking gebeuren volgens leeftijdscategorie.

N 72	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Nooit	24,1 %	26,1 %	47,1 %	0,0 %	29,2 %
Soms	58,6 %	39,1 %	29,3 %	66,7 %	45,8 %
Meestal	7,0 %	17,4 %	11,8 %	0,0 %	11,1 %
Altijd	10,3 %	17,4 %	11,8 %	33,3 %	13,9 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

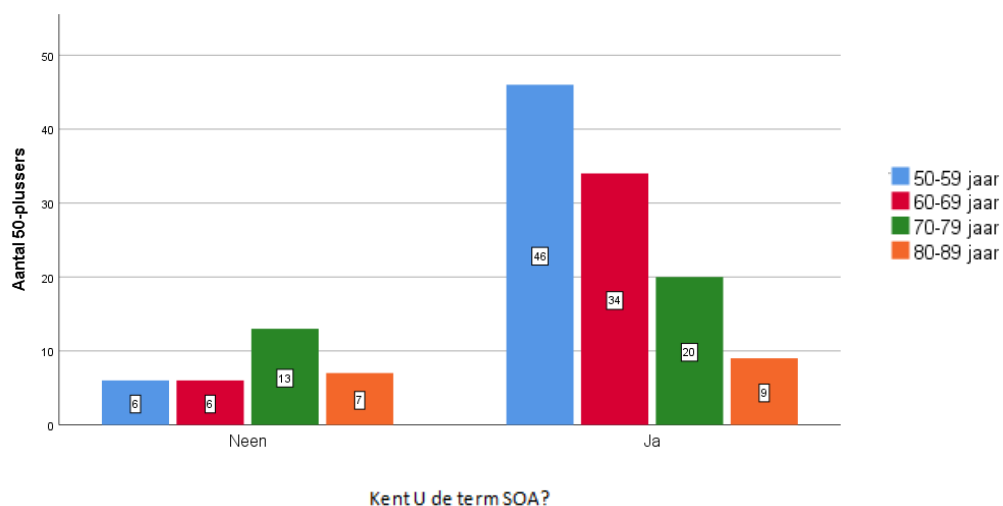
### 3.2.4 Kennis van seksueel overdraagbare aandoeningen

- 22,7 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers kent de betekenis van de term 'SOA' niet. Er is **geen significant verschil** tussen mannen en vrouwen (Chikwadraattoets, P-waarde 0,993).

N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Neen	22,7 %	22,7 %	22,7 %
Ja	77,3 %	77,3 %	77,3 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- Van de 50-plussers die de term SOA niet kennen is 62,5 % ouder dan 70 jaar. Dit is **een sterk significant verschil** in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen (Chikwadraattoets, P-waarde 0,002).

N 141	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Neen	11,5 %	15,0 %	39,4 %	43,8 %	22,7 %
Ja	88,5 %	85,0 %	60,6 %	56,2 %	77,3 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %



- Slechts 53,2 % van de 50-plussers weet dat SOA's ook op oudere leeftijd kan voorkomen. Er zijn dubbel zoveel vrouwelijke dan mannelijke 50-plussers (10 versus 5) die zeggen dat SOA's meer bij jongeren voorkomen. Er is echter **geen significant verschil** aantoonbaar tussen mannen en vrouwen (Chikwadrotoets, P-waarde 0,381).

N 141	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Neen	51,5 %	54,7 %	53,2 %
Ja	7,6 %	13,3 %	10,6 %
Ik weet het niet	40,9 %	32,0 %	36,2 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- Met toenemende leeftijd stijgt het aantal 50-plussers die niet weten dat SOA's ook op oudere leeftijd kan voorkomen of die geen idee hebben op welke leeftijd SOA's kunnen voorkomen **significant** (Chikwadrotoets, P-waarde <0,001).

N 141	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Neen	73,1 %	15,0 %	10,2 %	53,2 %
Ja	7,7 %	62,5 %	24,5 %	10,6 %
Ik weet het niet	19,2 %	22,5 %	65,3 %	36,2 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- 68,8 % van de 50-plussers die de term 'SOA' kent, weet dat dit ook kan voorkomen op oudere leeftijd. Bijna een kwart van de 50-plussers die de term 'SOA' kent, heeft geen idee op welke leeftijd een SOA kan voorkomen.

		Kent U de term SOA?		
		Neen	Ja	Totaal
SOA's komen enkel voor bij jongeren of jongvolwassenen?	Ja	5	10	15
	Neen	0	75	75
	Ik weet het niet	27	24	51
	Totaal	32	109	141

### 3.2.5 Praten over seksualiteit

#### Praten over seksualiteit met de partner

Er werd gevraagd aan de deelnemers als ze seksuele problemen durven/kunnen bespreken met hun partner. Indien de deelnemer antwoordt dat de partner er niet over wil praten dan kon dit niet geverifieerd worden. We gaan er dus vanuit dat wat de deelnemer antwoordt enigszins de waarheid bevat, maar we dienen hiermee wel rekening te houden indien we hieruit conclusies willen trekken.

- 16,7 % van de 50-plussers durft seksuele problemen niet bespreken met de partner. Bij toenemende leeftijd zien we dat het percentage 50-plussers, dat niet over seksualiteit durft spreken met de partner, **niet-significant** stijgt (Chikwadrotoets, P-waarde 0,117).
- 68,9 % van de 50-plussers kan en/of durft seksuele problemen bespreken met de partner (én de partner wil/durft daarover eveneens praten).
- 14,4 % van de 50-plussers geeft aan dat de partner niet wil praten over seksualiteit, terwijl de deelnemer daar wel nood aan heeft. Het percentage 50-plussers die seksualiteit willen bespreken én waarbij de partner hiervoor niet openstaat daalt **niet-significant** met toenemende leeftijd (Chikwadrotoets, P-waarde 0,117).

- Om aan de voorwaarden van de Chikwadraattoets te voldoen werden de leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80-89 jaar samengevoegd.

N 132	Leeftijdscategorie			
	50-59 jaar	60-69 jaar	>70 jaar	Totaal
Neen	7,8 %	23,7 %	20,9 %	16,7 %
Ja, ik kan daar met mijn partner over praten	74,5 %	57,9 %	72,1 %	68,9 %
Ja, maar mijn partner wil daarover niet praten	17,6 %	18,4 %	7,0 %	14,4 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- In de groep die niet over seksualiteit durft praten met de partner zijn er meer mannelijke dan vrouwelijke 50-plussers: 40,9 % versus 59,1 %. De verhouding mannen/vrouwen die over seksualiteit wil praten en waarbij de partner ook wil praten is gelijk. Respectievelijk 36,8 % en 63,2 % van de mannen/vrouwen wil over seksualiteit praten, maar volgens de deelnemer wil de partner daarover niet praten.
- Het verschil tussen mannen en vrouwen is **niet significant** (Chikwadraattoets, P-waarde 0,392).

N 132	Geslacht		
	Man	Vrouw	Totaal
Neen	14,3 %	18,8 %	16,7 %
Ja, ik kan daar met mijn partner over praten	74,6 %	63,8 %	68,9 %
Ja, maar mijn partner wil daarover niet praten	11,1 %	17,4 %	14,4 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

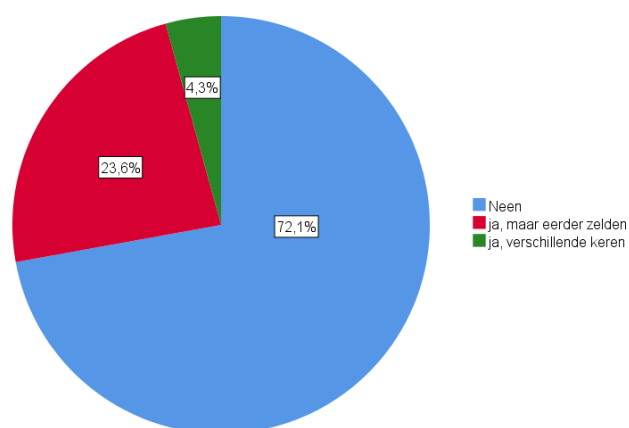
#### Praten over seksualiteit met de huisarts

- 22,0 % van de 50-plussers heeft ooit hulp gezocht i.v.m. seksualiteit. Respectievelijk 28,8 % en 16,0 % van de mannen en vrouwen heeft al ooit hulp gezocht. Er is **geen significant verschil** tussen mannen en vrouwen. (Chikwadraattoets, P-waarde 0,067).
- Indien volgens leeftijdscategorie wordt vergeleken vragen patiënten uit de leeftijdscategorie 60-69 jaar meer hulp dan andere leeftijdscategorieën. Echter het verschil is **niet significant** (Chikwadraattoets, P-waarde 0,130).

N 141	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Neen	84,6 %	65,0 %	81,8 %	81,2 %	22,0 %
Ja	15,4 %	35,0 %	18,2 %	18,8 %	78,0 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- 72,1 % van de 50-plussers heeft de voorbije tien jaar nog nooit gesproken met hun huisarts over seksualiteit. Respectievelijk 68,2 % van de mannen en 75,7 % van de vrouwen heeft de voorbije 10 jaar nog nooit gepraat met de huisarts over seksualiteit. Er is geen enkele vrouw die aangeeft dat ze seksualiteit verschillende keren heeft besproken met de huisarts, in tegenstelling tot zes mannen. Er is **geen significant verschil** volgens geslacht van de patiënt (chikwadraattoets, P-waarde 0,323).

- Er is **geen significant verschil** volgens leeftijd van de patiënt (chikwadraattoets, P-waarde 0,331). De patiënten die aangaven 'ja, maar eerder zelden' komen uit voornamelijk uit de twee jongste leeftijdscategorieën.



De helft van de 50-plussers (53,5 %) vindt dat de huisarts onvoldoende aandacht heeft voor seksualiteit. Er is **geen significant verschil** te weerhouden indien wordt vergeleken volgens leeftijdscategorie (Chikwadraattoets, P-waarde 0,859) of geslacht (Chikwadraattoets, P-waarde 0,904).

Indien er hulp wordt gezocht dan is de volgorde van keuze als volgt:

- 58,6 % kiest voor de huisarts
- 24,1 % kiest voor de specialist
- drie patiënten vragen hulp aan de partner
- één 50-plusser vraagt hulp aan vrienden
- één persoon zoekt informatie op het internet

Aantal 50-plussers	
Huisarts	17
Specialist	7
Vrienden of familie	1
Internet	1
Partner	3

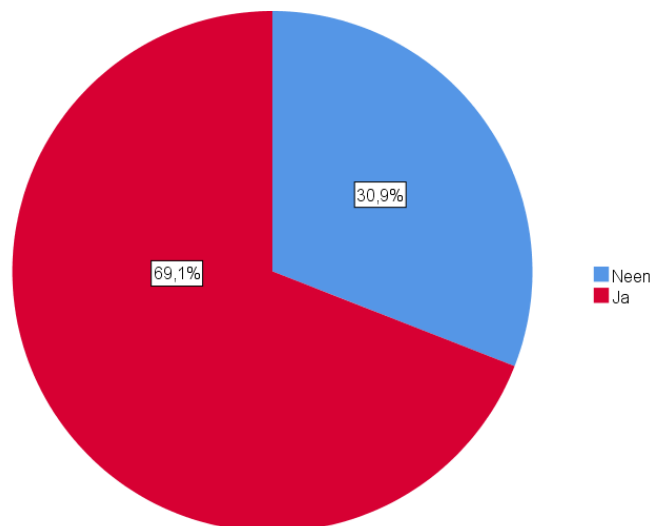
#### Willen 50-plussers over seksualiteit praten met de huisarts?

- 55,3 % van de 50-plussers zou seksuele problemen met de huisarts willen bespreken. Er is een **significante afname** van het percentage 50-plussers die seksualiteit willen bespreken met de huisarts bij toenemende leeftijd van de patiënt (Chikwadraattoets, P-waarde 0,009).
- Er is een **significant genderverschil**: respectievelijk 4,5 % van de mannelijke en 20,0 % van de vrouwelijke 50-plussers wil niet over seksualiteit praten met de huisarts. 83,3 % van de 50-plussers die seksualiteit niet wil bespreken met de huisarts is een vrouw. Respectievelijk 27,3 % en 36 % wil misschien met de huisarts praten. De meeste mannelijke en vrouwelijke 50-plussers, namelijk 68,2 % en 44,0 %, willen seksualiteit wel met de huisarts bespreken (Chikwadraattoets, P-waarde 0,004).

N 141	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Neen	5,8 %	12,5 %	21,2 %	18,7 %	12,8 %
Misschien	19,2 %	32,5 %	45,5 %	43,8 %	31,9 %
Ja	75,0 %	55,0 %	33,3 %	37,5 %	55,3 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Voelen 50-plussers zich comfortabel als de huisarts het onderwerp seksualiteit zelf aanbrengt?

- 69,1 % van de 50-plussers zou zich meer comfortabel voelen indien de huisarts het onderwerp seksualiteit zelf zou aanbrengen op de consultatie.  
In elke leeftijdscategorie zijn er ongeveer dubbel zoveel patiënten die zich meer comfortabel zouden voelen indien de huisarts het onderwerp zelf aanhaalt. Dit verschil is **niet significant** (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,922).
- 73,8 % van de mannelijke 50-plussers zou zich meer comfortabel voelen in tegenstelling tot 64,9 % van de vrouwelijke 50-plussers. Dit verschil is **niet significant** (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,235).

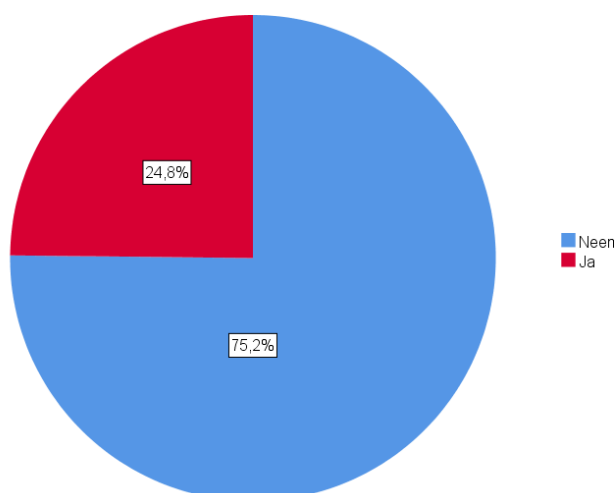


Vinden 50-plussers het vreemd als de huisarts het onderwerp seksualiteit bespreekt zonder dat de patiënt dit onderwerp zelf wil bespreken?

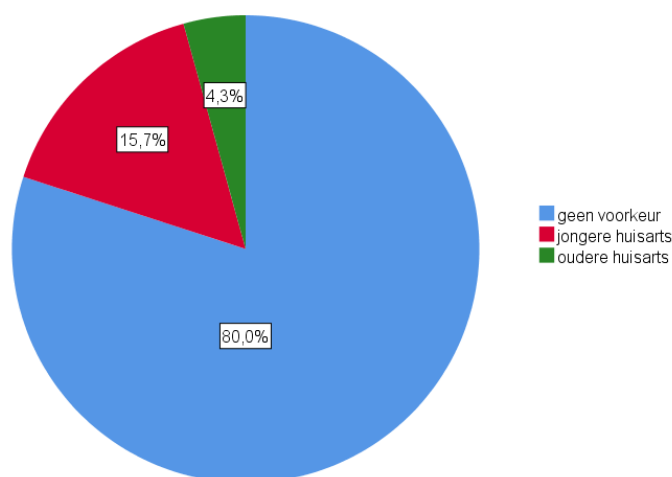
- 24,8 % van de 50-plussers zou het vreemd vinden indien de huisarts vragen zou stellen over hun seksualiteit zonder dat dit de reden is van de consultatie. Patiënten uit de leeftijdscategorie 60-69 jaar vinden het minder vreemd dan patiënten uit andere leeftijdscategorieën. Maar dit verschil is **niet significant** (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,635).

N 141	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Neen	71,1 %	82,5 %	72,7 %	75,0 %	75,2 %
Ja	28,9 %	17,5 %	27,3 %	25,0 %	24,8 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

- Er is een **niet-significant verschil** volgens geslacht van de patiënt: 19,7 % van de mannelijke 50-plussers zou dit vreemd vinden in tegenstelling tot 29,3 % van de vrouwelijke 50-plussers (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,186).



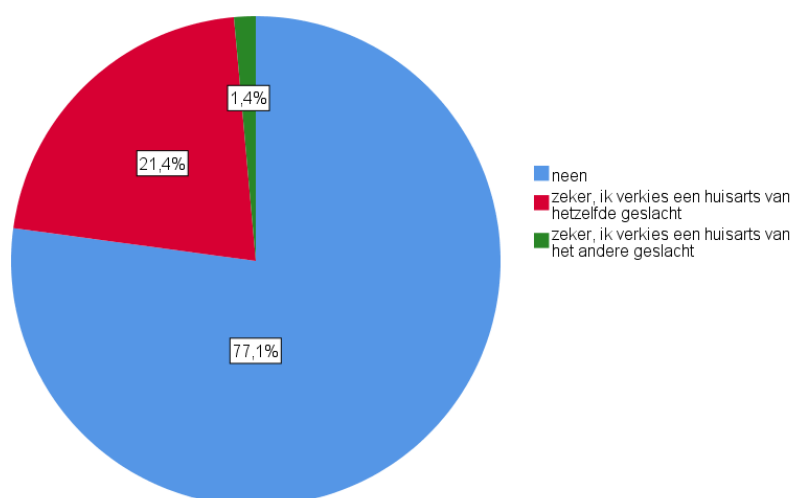
### Speelt de leeftijd van de huisarts een rol?



- Bovenstaande taartdiagram toont dat indien 50-plussers seksuele problemen willen bespreken met de huisarts 80,0 % geen voorkeur heeft voor een jongere of oudere huisarts.
- Een verdeling volgens geslacht toont **geen significant verschil** (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,612): respectievelijk 81,8 % en 78,4 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers heeft geen voorkeur voor een oude of jonge huisarts. Respectievelijk 13,6 % en 17,6 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers verkiest een jongere huisarts. Slechts drie mannelijke en vrouwelijke 50-plussers kiezen voor een oudere huisarts om seksualiteit te bespreken.
- Er is **geen significant verschil** (Chi-kwadraattoets, P-waarde 0,277) indien wordt geanalyseerd volgens leeftijdscategorie. Maar indien voor een oudere huisarts wordt gekozen zijn dit meestal patiënten uit de oudste leeftijdscategorieën.

N 140	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Geen voorkeur	86,5 %	72,5 %	75,0 %	87,5 %	80,0 %
Wel voorkeur	13,5%	27,5%	25,0 %	12,5 %	20,0 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### Speelt het geslacht van de huisarts een rol?



- Voor 77,1 % van de 50-plussers speelt het geslacht van de huisarts geen rol om seksuele problemen te bespreken. 21,4 % van de 50-plussers verkiest een huisarts van hetzelfde geslacht: dit zijn hoofdzakelijk vrouwelijke patiënten (26 vrouwen versus 4 mannen).
- Twee mannen verkiezen een vrouwelijke huisarts. Geen enkele vrouw verkiest een mannelijke huisarts.

- Er is een **zeer sterk significant verschil** tussen de mannen en vrouwen (Chi-kwadraattoets, P-waarde <0,001): 6,1 % van de mannelijke 50-plussers verkiest een mannelijke huisarts, terwijl 35,1 % van de vrouwelijke 50-plussers een vrouwelijke huisarts wil om seksualiteit te bespreken.
- Er is een **niet-significant verschil** tussen de verschillende leeftijdscategorieën: met toenemende leeftijd stijgt het percentage 50-plussers waarvan het geslacht van de huisarts wel een rol speelt (Chikwadraattoets, P-waarde 0,312).

N 140	Leeftijdscategorie				
	50-59 jaar	60-69 jaar	70-79 jaar	80-89 jaar	Totaal
Neen	84,6 %	77,5 %	68,8 %	68,8 %	77,1 %
Ja	15,4 %	22,5 %	31,2 %	31,2 %	22,9 %
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

## 4. Discussie

Ondanks het nog altijd heersende taboe over seksualiteit bij 50-plussers waren de patiënten in onze praktijk enthousiast om deel te nemen aan de vragenlijst. De verzekerde anonimiteit van de vragenlijst was voor veel patiënten drempelverlagend om deel te nemen. Echter bij sommige patiënten was spreken over seksualiteit nog altijd een taboe, zelfs met de huisarts. Sommige patiënten voelden zich direct ongemakkelijk of begonnen zenuwachtig te lachen wanneer ik het onderwerp ter sprake bracht. Het aantal weigeringen om de vragenlijst in te vullen bleef gelukkig laag. We merkten op dat de mensen die weigerden om deel te nemen vaak 70-plussers zijn die weduwe of weduwnaar zijn. Tijdens en na het verspreiden van de vragenlijsten kwamen er duidelijk meer patiënten op de consultatie die wilden praten over hun seksuele problemen dan voor het verspreiden van de vragenlijsten. De verspreiding van de vragenlijsten zorgde ervoor dat seksualiteit beter bespreekbaar werd in onze praktijk. Dit bevestigt het vermoeden dat patiënten makkelijker over seksualiteit praten als ze het gevoel hebben dat seksualiteit bespreekbaar is bij hun huisarts.

Er dient echter rekening gehouden te worden met een belangrijk gegeven: de praktijk bestaat uit twee vrouwelijke artsen. Hierdoor zijn de patiënten waarschijnlijk al vertrouwd om seksuele problemen te bespreken met vrouwelijke artsen. Opvallend is dat weinig patiënten seksueel aangetrokken zijn tot hetzelfde geslacht of beide geslachten namelijk 2,8 %. Terwijl de halebifederatie schat dat 5 % van de populatie holebi is.

### 4.1 Standpunt van 50-plussers over seksualiteit

Er is geen literatuur met een gelijkaardige studiepopulatie om de resultaten mee te vergelijken. We beperken ons tot het bespreken van enkele opvallende resultaten uit de survey.

- 12,1 % van de 50-plussers deelt geen mening over de stelling 'een gehuwde persoon hoort enkel een seksuele relatie te hebben met diens partner'.
- Een kwart van de 50-plussers vindt dat seks zonder penetratie geen goede seks is (waaronder significant meer mannen).
- 14,9 % deelt geen mening over de stelling 'seksueel actief zijn heeft een positieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid'.
- Slechts 45,4 % van de 50-plussers vindt dat mannen meer behoefte heeft aan seksualiteit dan vrouwen. Het vooroordeel dat vrouwen minder behoefte hebben aan intimiteit/seksualiteit kan in deze survey dus worden ontkracht.

### 4.2 Beleving van seksualiteit

#### Seksuele activiteiten

Respectievelijk 86,4 % en 84,4 % van de mannelijke en vrouwelijke 50-plussers uit de survey is seksueel actief (met exclusie van masturbatie). Dit percentage is hoger dan de percentages uit de ELSA studie: namelijk 77,7 % en 53,7 %. Dit verschil kan worden verklaard omdat de ELSA studie de seksualiteit tijdens het voorbije jaar heeft bestudeerd, terwijl in de survey geen specifieke tijdspanne werd gegeven namelijk 'welke vorm van seksualiteit voldoet momenteel het meest aan uw seksleven'. Hierdoor kan er een overschatting zijn van het aantal seksueel actieve 50-plussers (8).

Een andere studie geeft gelijkaardige percentages: respectievelijk 84,0 % en 61,0 % van de Belgische mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 60-75 jaar is gedurende het laatste jaar seksueel actief geweest. Er is een duidelijk verschil met de vrouwen uit de survey: dit kan worden verklaard doordat enkel postmenopauzale vrouwen werden geïnccludeerd (11).

Knuffelen, kussen en strelen blijft belangrijk bij 50-plussers uit de survey. Bij stijgende leeftijd is er meer aandacht voor deze vormen dan penetratie. Dit wordt bevestigd door de ELSA studie (8).

Alle studies geven aan dat 50-plussers nog penetratie hebben tijdens seksuele activiteiten, maar dat de frequentie daalt met stijgende leeftijd. De ELSA studie toont dat 19 % en 32 % van de mannelijke en vrouwelijke 80-plussers nog 2 tot 3 keer per maand coïtus heeft. In de survey is er geen enkele 80-plusser die nog coïtus heeft. Dit zou kunnen worden verklaard doordat het aantal 80-plussers in de ELSA studie beduidend groter is: 747 versus 16 in de survey (8).

De survey toont dat 43,3 % van de 50-plussers geen penetratie meer gehad heeft gedurende het voorbije jaar. Dit percentage is groter dan het percentage 50-plussers die geen relatie heeft of die weduwe/weduwnaar is namelijk 12,8 %. Dit kan worden verklaard doordat penetratie niet enkel afhankelijk is van de burgerlijke status van de 50-plussers, maar eveneens door de aanwezigheid van seksuele dysfunctie die penetratie verhindert.

#### Seksuele tevredenheid

De seksuele tevredenheid is groter in de survey dan in de ELSA studie: dit kan worden verklaard door het verschil in aantal patiënten dat in de studie werd geïnccludeerd (8). De seksuele tevredenheid van Belgische patiënten uit de Europese studie is lager dan in de survey: dit kan worden verklaard doordat de leeftijdscategorie 50-59 niet werd geïnccludeerd. Dit is de leeftijdscategorie met de minste seksuele ontevredenheid (11).

#### Menopauze

Hoewel de studies aantonen dat de menopauze geen directe invloed heeft op de seksualiteitsbeleving toont de survey dat 63,9 % van de vrouwelijke 50-plussers vindt dat de menopauze een negatieve invloed heeft op hun seksleven (4,10,11).

### 4.3 Seksuele dysfunctie

Er zijn significant meer mannelijke dan vrouwelijke 50-plussers die het erg jammer zouden vinden indien er geen penetratie meer mogelijk is door erectiestoornissen. Met toenemende leeftijd vinden 50-plussers penetratie significant minder belangrijk in een seksuele relatie.

De ELSA studie toont dat dyspareunie en vaginale droogheid voorkomt bij respectievelijk 10,0 % en 19,0 % van de vrouwen (8). De survey toont aan dat respectievelijk 55,1 % en 70,8 % van de vrouwelijke 50-plussers dyspareunie of vaginale droogheid ervaart tijdens penetratie gedurende de voorbije maanden. Dit kan deels worden verklaard doordat in de ELSA studie de optie 'soms' werd gecategoriseerd als geen dyspareunie of vaginale droogheid. Doordat er meer 80-plussers in de ELSA studie werden geïnccludeerd (die minder coïtus hebben) heeft dit tot gevolg dat het totaalpercentage dyspareunie en vaginale droogheid ook vermindert.

Het percentage mannen uit de survey met ED komt overeen met de resultaten uit het literatuuronderzoek: namelijk 40,0 % ED vanaf 40 jaar en 70,0 % op 70-jarige leeftijd.

Het aantal patiënten met diabetes of prostaatchirurgie die deelgenomen hebben aan de vragenlijst is te laag om een verband te kunnen aantonen tussen enerzijds diabetes/prostaatchirurgie en ED. Het verband werd wel duidelijk aangetoond in het literatuuronderzoek.

### 4.4 Kennis van SOA

Studies tonen aan dat SOA's steeds vaker voorkomen vanaf de 45-jarige leeftijd (24,25 en 26). Daarnaast toont de survey dat er significant minder 50-plussers weten wat SOA betekent bij toenemende leeftijd. Ze beseffen evenmin dat ze vatbaar zijn voor SOA's. Er is echter geen significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke 50-plussers.

### 4.5 Praten over seksualiteit

Het percentage mannelijke en vrouwelijke 50-plussers dat al ooit een gesprek heeft gehad over seksualiteit met hun huisarts uit de survey is ongeveer gelijkaardig met de resultaten uit de studies. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat 97,0 % van de vrouwelijke 65-plussers seksualiteit graag zou willen bespreken met de huisarts. De survey toont aan dat slechts 44,0 % van de vrouwelijke 50-plussers seksualiteit wil bespreken met de huisarts. Literatuuronderzoek toont dat één derde van de vrouwelijke 65-plussers ooit een gesprek over seksualiteit met de huisarts heeft gevoerd in vergelijking met 52,0 % van de jongere vrouwen (3). De survey toonde echter geen significant verschil indien geanalyseerd wordt volgens leeftijdscategorie.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat het geslacht en de leeftijd van de zorgverlener een beïnvloedende factor is bij het bespreken van seksualiteit. De survey toonde echter aan dat het geslacht en de leeftijd van de huisarts geen rol speelt om seksualiteit te bespreken. Studies toonden dat patiënten het geen probleem zouden vinden om over dit onderwerp te praten met hun huisarts, als de huisarts dit onderwerp aanhaalde (3). Dit wordt bevestigd door de survey: slechts 24,8 % van de 50-plussers zou het vreemd vinden indien de huisarts zelf het onderwerp seksualiteit aanhaalt op de consultatie.

## 5. Aanbevelingen voor de huisartsen

Patiënten weten niet altijd dat seksualiteit een onderwerp is waarover gesproken kan worden met de huisarts, of de drempel is te hoog om er als patiënt zelf over te beginnen. Als huisarts kunnen we de patiënten helpen door een proactieve, objectieve en neutrale houding aan te nemen als het onderwerp seksualiteit ter sprake komt op de raadpleging of op huisbezoek.

Deze masterproef toont aan dat seksualiteit belangrijk blijft bij 50-plussers, maar dat de drempel om er met de huisarts over te praten hoog is. Seksualiteitsbespreking met adolescenten is makkelijker omdat zij zich vaak melden met seksualiteit als RFE. De manier waarop je communiceert over seksualiteit met 50-plussers is hetzelfde als met jongvolwassenen, behalve dat je vaak zelf de eerste stap dient te zetten. Bewust zijn van je eigen houding en kennis over seksualiteit is erg belangrijk. Eventuele vooroordelen en gedachten die we als huisarts hebben over seksualiteit dienen te worden geïdentificeerd. Het is belangrijk dat we niet buiten onze eigen comfortzone stappen. Indien de huisarts zich oncomfortabel opstelt tijdens het gesprek, zal de patiënt zich eveneens oncomfortabel voelen. Dit vormt een grote hindernis voor een open gesprek over seksualiteit.

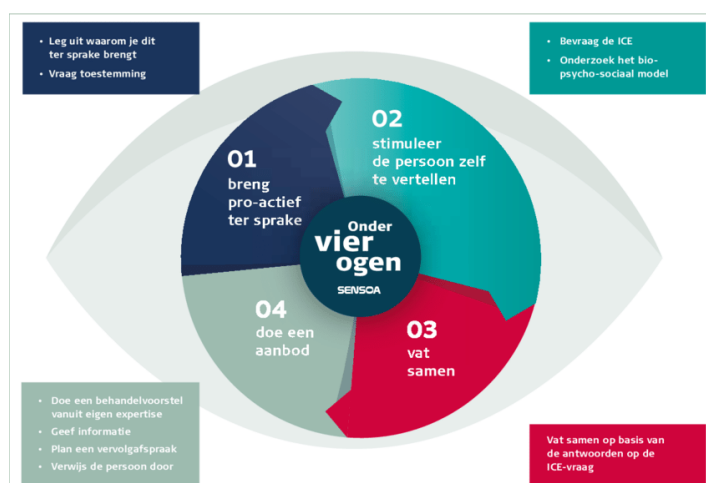
Plan voldoende tijd indien je beslist om seksualiteit te bespreken met de patiënt. Zorg eveneens dat de privacy van de patiënt gerespecteerd wordt, zowel visueel als auditief. Benadruk het beroepsgeheim, sommige patiënten zullen daardoor makkelijker geneigd zijn om eerlijk te antwoorden.

Voor onderstaande aanbevelingen wordt verwezen naar de NHG-standaard 'seksuele klachten', Domus Medica en de website van Sensoa.

Onderstaande gesprekstechnieken kunnen worden gebruikt bij een consultatie over seksualiteit (29,30).

- Stel de vragen op een niet-veroordelende manier
- Vermijd veronderstellingen over de patiënt op basis van leeftijd, uiterlijk, burgerlijke staat, gender, ...
- Tenzij u daarom vraagt, kunt u de seksuele geaardheid, het gedrag of de genderidentiteit van een persoon niet kennen
- Probeer niet openlijk of overdreven te reageren, zelfs als je je ongemakkelijk voelt of het je in verlegenheid brengt
- Besteed aandacht aan je lichaamstaal en houding
- Geef voorbeelden. Dit helpt patiënten begrijpen dat seksuele problemen voorkomen
- Herformuleer uw vraag of leg in het kort uit waarom u een vraag stelt als een patiënt beledigd lijkt te zijn of terughoudend is om te antwoorden
- Gebruik neutrale termen bv: spreek over 'partner' i.p.v. man of vrouw
- Gebruik duidelijke taal: seks kan een andere betekenis hebben in verschillende relaties.

Het 'onder vier ogen' stappenplan, opgesteld door Sensoa, is een leidraad voor huisartsen om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken in de huisartsenpraktijk.

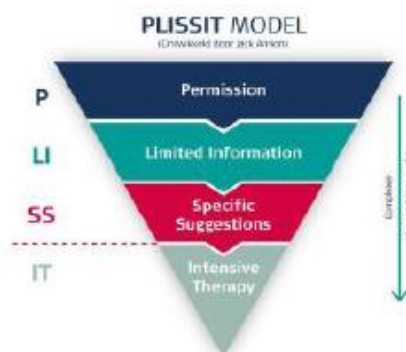


Onder vier ogen stappenplan-Sensoa.  
Figuur overgenomen van Sensoa (29).

## Stap 1: Breng het thema seksualiteit zelf ter sprake

Zorg voor een logische aansluiting waardoor seksualiteit als gespreksonderwerp op een natuurlijke wijze in het consult past. Zo kun je seksualiteit ter sprake brengen indien de patiënt behoort tot een focusgroep. Ook bij menopauzale klachten kun je een gesprek in verband met seksualiteitsbeleving vlot en gepast aanbrengen. De manier waarop vragen worden gesteld zorgt ervoor dat het gesprek comfortabel kan worden gevoerd. Indirecte vraagstelling resulteert in een makkelijkere opening tot discussie over seksualiteit. 75% van de gesprekspartners opent de discussie bij indirecte vragen in tegenstelling tot 12% bij directe vragen. Voorbeeld van directe vraagstelling: ervaart U seksuele problemen? Voorbeeld van indirecte vraagstelling: veel vrouwen op jouw leeftijd ervaren seksuele problemen, ervaart U dit ook (29,30)?

Het **PLISSIT model** werd ontwikkeld voor medische hulpverleners als communicatiemiddel om de bespreekbaarheid van seksualiteit te verhogen. PLISSIT is een acronym voor permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy (31).



**PLISSIT model**  
Figuur overgenomen van:  
praten over seksuele  
gezondheid in de  
huisartsenpraktijk (29).

- **Permission**

Introduceer het thema seksuele gezondheid als een 'delicaat' thema en vraag toestemming om erover te praten. "Ik zou u graag een paar vragen willen stellen over uw seksuele gezondheid. Omdat seksuele gezondheid erg belangrijk is voor de algemene gezondheid, stel ik al mijn patiënten deze vragen. Is dit oké voor U?" Door aan te geven dat dit thema niet evident is om als patiënt zelf ter sprake te brengen, geeft de huisarts indirect de boodschap dat een (mogelijk) ongemakkelijk gevoel hierbij normaal is. De toelating vragen aan de patiënt om dit thema aan te brengen verhoogt de betrokkenheid. De patiënt krijgt de boodschap dat praten over seksualiteit kan bij de huisarts en dat ook andere patiënten dit bespreken. Indien de patiënt inderdaad seksuele zorgen heeft, krijgt hij met deze aanleidingen ook indirect de boodschap dat hij/zij niet alleen is met seksuele zorgen/moeilijkheden (31).

Daarnaast is het belangrijk dat je seksuele dysfunctie bij 50-plussers uit de focusgroep proactief screent (vb. na recente diagnose van kanker of diabetes,...). Maak duidelijk dat seksualiteit een aspect van gezondheid is dat beïnvloed kan worden door leeftijd of een chronische ziekte, en daarom een onderwerp is dat u als professional ter sprake dient te brengen (31).

- **Gelimiteerde informatie**

Indien de patiënt het toelaat kun je algemene uitleg geven over seksualiteit en kun je zo eventuele foutieve vooronderstellingen ontkrachten. Door correcte informatie te geven en mythes te ontkrachten kan je als huisarts vaak al een oplossing bieden (31).

- **Specifieke suggesties**

Sommige patiënten hebben na de algemene seksuele voorlichting nood aan specifieke suggesties of adviezen. De huisarts dient daarvoor kennis voldoende te hebben over het onderwerp (31).

- **Intensieve therapie**

Nog een kleinere groep patiënten zal nood hebben aan intensievere begeleiding met o.a. psychologen, relatietherapeuten of seksuologen (31).

## Stap 2: Stimuleer de patiënt om zoveel mogelijk zelf te vertellen tijdens de anamnese

De anamnese bij seksualiteit is het belangrijkste onderdeel van de consultatie. Het is belangrijk om de partner, indien die aanwezig is tijdens het consult, bij de anamnese te betrekken. Soms hebben partners andere verwachtingen of seksuele noden dan de partner die consulteert voor seksuele problemen. Besteed hier voldoende aandacht aan en peil naar de ICE van beiden.

Uit de vraag naar verwachtingen zal wellicht al duidelijk worden waarop er meer focus dient te worden gelegd. Exploreer eveneens de psychische, relationele en fysieke gevolgen van seksuele disfunctie. Focus niet enkel op de dingen die niet meer lukken, maar vraag eveneens na waar ze wel nog plezier aan hebben op seksueel vlak. De mythe 'seks zonder penetratie is geen goede seks' blijft een struikelblok voor veel koppels, terwijl ze evengoed intiem kunnen zijn op allerlei andere manieren.

De NHG-richtlijn 'seksuele klachten' geeft een leidraad aan huisartsen hoe ze seksuele disfunctie kunnen bevragen tijdens de anamnese (29,30).

### Stap 3: Vat samen wat de patiënt vertelt

Een goede samenvatting laat de patiënt zien dat de huisarts geluisterd heeft. Het geeft de huisarts de mogelijkheid om nadruk te leggen op bepaalde aspecten die de patiënt heeft verteld. De patiënt kan nog aanvullen of corrigeren (29,30).

### Stap 4: Formuleer een mogelijk aanbod

Bespreek lichamelijke en/of technische onderzoeken. Corrigeer foutieve informatie en/of geef correcte informatie aan met betrekking tot seksualiteit ([www.sensoa.be](http://www.sensoa.be) of [www.zanzu.be](http://www.zanzu.be)). Stel een vervolgconsult voor indien dit nodig blijkt. Geef aan dat je als huisarts niet alle problemen kunt oplossen, maar dat je wel kunt helpen bij het zoeken naar oplossingen. Je kunt patiënten, bij voorafgaande toestemming, doorverwijzen naar seksuologen en psychotherapeuten gespecialiseerd in seksuologie (29,30).

De behandeling van seksuele problemen bij 50-plussers behoort niet tot de doelstellingen van deze masterproef. Er wordt verwezen naar de NHG-richtlijn 'seksuele klachten'.

## 6. Besluit

Uit de analyse van de vragenlijsten blijkt dat de beleving van seksualiteit en intimiteit volgens 50-plussers een positieve invloed heeft op hun mentale en fysieke gezondheid. Tevredenheid over de seksualiteitsbeleving is belangrijk voor de relatie tussen beide partners. De behoefte aan seksualiteit en de frequentie van seksualiteit neemt af met toenemende leeftijd. Echter, heel wat 50-plussers zijn nog seksueel actief en 50-plussers hebben gemiddeld twee tot drie keer per maand coïtus. In de hogere leeftijdscategorieën is penetratie moeilijker, maar er is meer aandacht voor knuffelen, strelen en kussen. De daling van de frequentie van penetratie tijdens de seks is het gevolg van een combinatie van factoren: enerzijds erectiestoornissen bij de man of dyspareunie bij de vrouw en anderzijds het wegvallen van de seksuele partner door echtscheiding of een overlijden.

Het taboe 'mannen hebben meer nood aan seksualiteit dan vrouwen' kan worden ontkracht. Maar het taboe 'mannen hechten minder belang aan knuffelen, kussen en strelen dan vrouwen' werd bevestigd door de vragenlijsten: bijna drie keer zoveel mannelijke 50-plussers vinden seks zonder penetratie geen goede seks.

De vragenlijsten tonen aan dat 50-plussers zich meer comfortabel voelen als de huisarts zelf seksualiteit aan bod brengt op de consultatie. Volgens hen heeft de huisarts nog te weinig aandacht voor seksualiteit. Er is geen voorkeur voor geslacht of leeftijd van de huisarts indien 50-plussers met seksuele problemen of vragen op de consultatie komen. Het PLISSIT-model en het 'onder vier ogen-stappenplan' van Sensoa heeft als doel om de huisarts een leidraad te bieden om open te communiceren over seksualiteit.

De huisarts dient ervan bewust te zijn dat een kwart van de 50-plussers de term SOA niet kent. Vaak denken ze dat ze niet meer besmet kunnen worden met een SOA bij seksueel contact. Echter, de combinatie van fysiologische veranderingen bij toenemende leeftijd en een verandering van levensstijl (met name toename aantal echtscheidingen en wegvallen van de partner door overlijden) doet het risico op besmetting stijgen.

Als huisarts dienen we eveneens aandacht te hebben voor de seksualiteitsbeleving bij patiënten waar problemen op vlak van seksualiteit kunnen optreden zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Daarnaast moeten we kritisch zijn wanneer een man in de nabije toekomst een prostaatoperatie ondergaat en bespreken we best voordien de mogelijke seksuele complicaties met de patiënt. Vaak beseffen de patiënten niet welke gevolgen dit kan hebben op seksueel vlak. Shared decision speelt hier een belangrijke rol!

Een huisarts vervult vaak de rol als vertrouwenspersoon en daarom is het belangrijk dat patiënten beseffen dat ze ook met intieme, seksuele problemen bij de huisarts terecht kunnen.

## 7. Referenties

1. WHO: defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. 2006.
2. Statistiek Vlaanderen. De vergrijzing zet zich verder. [Internet]. <https://www.statistiekvlaanderen.be/de-vergrijzing-zet-zich-verder>.
3. Morton L. Sexuality in the older adult. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2017;44(3):429–38.
4. Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women’s sexuality: from aging to social representations. *J Sex Med* [Internet]. 2013;10(10):2399–408.
5. Maciel M, Laganà L. Older women’s sexual desire problems: Biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. *Biomed Res Int*. 2014;2014.
6. Roney L, Kazer MW. Geriatric sexual experiences: The seniors tell all. *Appl Nurs Res*. 2015;28(3):254–6.
7. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let’s talk about sex: older people’s views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Heal Expect*. 2016;19(6):1237–50.
8. Lee DM, Nazroo J, O’Connor DB, Blake M, Pendleton N. Sexual health and well-being among older men and women in England: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav*. 2016;45(1):133–44.
9. Steptoe A, Jackson SE, Wardle J. Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. *Heart*. 2016;102(14):1095–9.
10. Harder H, Starkings RML, Fallowfield LJ, Menon U, Jacobs IJ, Jenkins VA. Sexual functioning in 4,418 postmenopausal women participating in UKTOCS. *Menopause*. 2019;1.
11. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual activity and sexual satisfaction among older Adults in four European countries. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):815–29.
12. Heidari M, Ghodusi M, Rezaei P, Kabirian Abyaneh S, Sureshjani EH, Sheikhi RA. Sexual function and factors affecting menopause: a systematic review. *J Menopausal Med*. 2019;25(1):15.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap. Seksuele klachten. [Internet] <http://www.nhg.org/standaarden/seksueleklachten>.
14. Schantz Laursen B. Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(1):120–7.
15. Jackson SE, Yang L, Koyanagi A, Stubbs B, Veronese N, Smith L. Declines in sexual activity and function predict incident health problems in older adults: Prospective Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav*. 2019.
16. Kouidrat Y, Pizzol D, Cosco T, Thompson T, Carnaghi M, Bertoldo A, et al. High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: a systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabet Med*. 2017;34(9):1185–92.
17. Buysse A, Enzlin P, Lievens J, T’Sjoen G, Van Houtte M, Vermeersch H. Sexpert. Basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. 2013.
18. Wittmann D, Carolan M, Given B, Skolarus TA, Crossley H, An L, et al. What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples’ sexual recovery after surgery for prostate cancer. *J Sex Med*. 2015;12(2):494–504.
19. Mandel P, Preisser F, Graefen M, Steuber T, Salomon G, Haese A et al. High chance of late recovery of urinary and erectile function beyond 12 months after radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2017;71(6):848–50.
20. Haglind E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Wilderäng U, Thorsteinsdottir T, et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomised trial. *Eur Urol*. 2015;68(2):216–25.
21. Gaither TW, Awad MA, Osterberg EC, Murphy GP, Allen IE, Chang A, et al. The natural history of erectile dysfunction after prostatic radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2017;14(9):1071–8.
22. Cozzarini C, Rancati T, Palorini F, Avuzzi B, Garibaldi E, Balestrini D, et al. Patient-reported urinary incontinence after radiotherapy for prostate cancer: quantifying the dose–effect. *Radiother Oncol*. 2017;125(1):101–6.
23. Geneesmiddelengeïnduceerde seksuele stoornissen. *Geneesmiddelenbulletin*. [Internet]. 2013. 99–105. <https://www.gebu.nl/artikel/geneesmiddelengeïnduceerde-seksuele-functiestoornissen>.
24. Public Health England. Spotlight on sexually transmitted infections in London: 2018 data. *Public Heal Engl*. 2019.
25. Bodley-Tickell AT, Olowokure B, Bhaduri S, White DJ, Ward D, Ross JDC, et al. Trends in sexually transmitted infections (other than HIV) in older people: Analysis of data from an enhanced surveillance system. *Sex Transm Infect*. 2008;84(4):312–7.
26. Tavoschi L, Gomes-Dias J, Pharris A. New HIV diagnoses among older adults in 31 European countries: an analysis of surveillance data from 2004 to 2015. *Lancet*. 2017;46.
27. Still got it: sexual health of over the 50s. 24 April 2018. Blog post. George Huxley, Volunteer Peer Researcher.
28. Poynten IM, Grulich AE, Templeton DJ. Sexually transmitted infections in older populations. *Curr Opin Infect Dis*. 2013;26(1):80–5.
29. Praten over seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. [Internet]. <https://www.sensoa.be/praten-over-seksuele-gezondheid-in-de-huisartsenpraktijk>.
30. Borms R, Vermeire K. Hoe seksuele gezondheid ter sprake brengen? Huisartsen kunnen seksmythes weerleggen. *Huisarts Nu* 2017;46:227-31.
31. March AL. Sexuality and Intimacy in the Older Adult Woman. *Nurs Clin North Am*. 2018 Jun;53(2):279-287.

## 8. Bijlagen

### Afkortingenlijst

ELSA	<i>English Longitudinal Study of Ageing</i>
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
UKCTOCS	<i>UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening</i>
OR	Odds ratio
HVZ	Hart- en vaatziekten
ED	Erectiele dysfunctie
CVA	Cerebrovasculair accident
COPD	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>
RFE	<i>Reason for encounter</i>
PSA	<i>Prostaat specifiek antigen</i>
UI	Urinaire incontinentie
HPV	<i>Human papilloma virus</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
ICE	<i>Ideas, concerns and expectations</i>

### Vragenlijst

Seksuele tevredenheid bij 50-plussers:  
hoe kan de huisarts de bespreekbaarheid verhogen?

---

Hartelijk bedankt voor uw deelname aan deze vragenlijst. De resultaten uit deze vragenlijst zullen worden gebruikt als basis voor de masterproef: "Seksuele tevredenheid bij 50-plussers; hoe kan de huisarts de bespreekbaarheid verhogen?" Deze masterproef in de geneeskunde voeren wij uit onder supervisie van Prof Dr. Keynaert en Dr. Anne Nobels van de Universiteit Gent. Deze studie heeft onder meer als doel om bij te dragen tot een betere opvolging van de seksuele tevredenheid door huisartsen in de toekomst.

#### **Deel 1: algemene informatie van de deelnemer.**

- Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
  - Tussen 50 en 60 jaar
  - Tussen 60 en 70 jaar
  - Tussen 70 en 80 jaar
  - Tussen 80 en 90 jaar
  - Ouder dan 90 jaar
- Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Transvrouw (van biologisch ooit man naar vrouw)
  - Transman (van biologisch ooit man naar vrouw)
- Tot wie voelt u zich seksueel aangetrokken?
  - Man
  - Vrouw
  - Beide
  - Niemand
- Wat is uw relationele status?
  - Gehuwd
  - Wettelijk samenwonend
  - Ik heb een vaste relatie, maar we wonen niet samen/zijn niet gehuwd
  - Ik heb geen relatie
  - Weduwnaar/weduwe

5. Hoeveel seksuele relaties, die langer dan 3 maanden duurden, hebt u gedurende uw leven gehad?
- 0
  - 1
  - 2-4
  - 5-9
  - >10
6. Lijdt u aan één van onderstaande aandoeningen of heeft u één van onderstaande aandoeningen gehad in het verleden? Kruis de aandoening(en) aan die op u van toepassing zijn. U kan meerdere antwoorden aanduiden.
- Suikerziekte
  - Hoge bloeddruk
  - Hartaanval in het verleden
  - Prostaatvergroting
  - Prostaatkanker (in behandeling of genezen)
  - Borstkanker
  - HIV/AIDS
  - Baarmoederhalskanker
  - Hoge cholesterol
  - Andere: .....
7. Neemt u één van onderstaande soorten medicatie? Kruis de medicatie aan die u inneemt. U kan meerdere antwoorden aanduiden.
- Medicatie voor hoge bloeddruk
  - Medicatie voor depressie
  - Medicatie voor prostaatkanker
  - Medicatie voor borstkanker
  - Anticonceptiemiddelen (pil, prikpil, vaginale ring, pleister, spiraal of implantaat)
  - Medicatie tegen epilepsie
  - Cholesterolverlagende medicatie
8. Indien u bij vraag 7 medicatie hebt aangeduid: heeft deze medicatie volgens u een negatieve invloed gehad op uw seksleven (erectiestoornissen, minder zin tot seksuele activiteiten,...)
- Nooit
  - Soms
  - Meestal
  - Altijd

**Deel 2: de onderstaande vragen peilen naar uw persoonlijke mening over seksualiteit. Duid aan met een kruisje in welke mate u akkoord gaat met volgende stellingen.**

9. Een gehuwde persoon hoort enkel een seksuele relatie te hebben met diens partner.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

10. Seksueel actief zijn heeft een positieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

11. Mannen hebben meer behoefte aan seksualiteit (geslachtsgemeenschap, intimiteit, knuffelen,...) dan vrouwen.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

12. Hoe ouder men wordt, hoe moeilijker het wordt om geslachtsgemeenschap te hebben (penetratie).

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

13. Als men ouder wordt, is er meer aandacht voor andere vormen van seksualiteit dan penetratie (kussen, strelen, knuffelen, masturbatie,...)

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

14. Tevredenheid over het seksleven is belangrijk voor de relatie tussen partners, ook op oudere leeftijd.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

15. Seks zonder penetratie is geen goede seks.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

16. Kent U de term SOA (seksueel overdraagbare aandoening)?

- Ja
- Neen

17. SOA's komen enkel voor bij jongeren en jongvolwassenen.

- Ja
- Neen
- Ik weet het niet

**Deel 3: deze vragen peilen naar uw beleving van seksualiteit en intimiteit Sommige vragen kunnen misschien wat oncomfortabel aanvoelen, maar de antwoorden zijn van cruciaal belang voor deze studie. We benadrukken dat de resultaten 100 % anoniem zijn en geen invloed kunnen hebben op de professionele relatie met uw arts. We vragen daarom om de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden.**

18. Wat betekent seksualiteit voor u? U kan meerdere antwoorden aanduiden.

- Penetratie
- Knuffelen en strelen
- Kussen
- Orale seks
- Masturbatie

19. Welke vorm van seksualiteit voldoet momenteel het meest aan uw seksleven?

- Penetratie
- Knuffelen en strelen
- Kussen
- Orale seks
- Masturbatie

20. Hoe vaak heb je aan seks gedacht de voorbije maand (zin hebben in seks, fantaseren over seks)?

- Niet
- Één keer in de voorbije maand
- Twee of drie keer in de voorbije maand
- Één keer per week

- Twee of drie keer per week
  - Één keer per dag
21. Vindt u dat uw behoefte naar seksualiteit of intimiteit is veranderd naarmate u ouder wordt?
- Veel afgenomen
  - Matig afgenomen
  - Blijft gelijk
  - Matig toegenomen
  - Veel toegenomen
22. Hoe vaak hebt u geslachtsgemeenschap (penetratie) gehad gedurende het voorbije jaar?
- Niet
  - Minder dan één keer per maand
  - Één keer per maand
  - Twee of drie keer per maand
  - Één keer per week
23. Vindt u dat uw seksuele activiteiten (intiem zijn of seks hebben) veranderd zijn naarmate u ouder wordt?
- Veel afgenomen
  - Matig afgenomen
  - Blijft gelijk
  - Matig toegenomen
  - Veel toegenomen
24. Hebt u zich de voorbije maand zorgen gemaakt over uw seksleven?
- Helemaal niet
  - Een beetje
  - Ja, matig
  - Ja, heel veel
25. Wat vindt u van de frequentie van uw seks (penetratie en/of knuffelen, strelen, masturbatie)?
- Te weinig
  - Voldoende
  - Te frequent

**Indien u een man bent, ga naar vraag 26.**

**Indien u een vrouw bent, ga naar vraag 30.**

**Indien u transgender bent, ga naar vraag 34.**

26. Hebt u erectiestoornissen (onvoldoende voor penetratie) bij de meeste seksuele activiteiten?
- Neen
  - Ja
27. Hebt u ooit een operatie aan de prostaat gehad (wegname prostaat of prostaatboring)
- Neen
  - Ja
28. Indien ja, heeft deze operatie een negatieve invloed gehad op uw seksleven?
- Ja, erectiestoornissen
  - Ja, urineverlies
  - Ja, erectiestoornissen en urineverlies
  - Neen
29. Indien u met uw partner geen penetratie meer kan hebben in welke mate vindt u dit jammer?
- Ik vind dit heel erg jammer
  - Ik vind dit jammer, maar er zijn andere vormen van intimiteit mogelijk
  - Ik vind dit niet jammer, seks met penetratie is niet belangrijk op mijn leeftijd.

Ga naar vraag 34.

30. Hoe vaak heeft u pijn of ongemakken ervaren tijdens penetratie de voorbije maanden?
- Nooit
  - Soms
  - Meestal
  - Altijd
31. Hebt u last van vaginale droogheid die een negatieve invloed heeft op het plezier tijdens het vrijen?
- Nooit
  - Soms
  - Meestal
  - Altijd
32. Hebt u de indruk dat de menopauze een negatieve invloed heeft op uw seksleven?
- Neen
  - Ja
33. Indien u met uw partner geen penetratie meer kan hebben (omdat de partner vb. erectiestoornissen heeft), in welke mate vindt u dit jammer?
- Ik vind dit heel erg jammer
  - Ik vind dit jammer, maar er zijn andere vormen van intimiteit mogelijk
  - Ik vind dit niet jammer, seks met penetratie is niet belangrijk op mijn leeftijd.

Onderstaande vragen zijn zowel voor mannen, vrouwen als transgenders.

34. Kunt en/of durft u seksuele problemen te bespreken met uw partner?
- Neen
  - Ja, ik kan daar met mijn partner over praten
  - Ja, maar mijn partner wil daarover niet praten
35. Hebt u ooit hulp gezocht voor seksuele problemen?
- Neen
  - Ja
36. Zo ja, bij wie?
- Huisarts
  - Specialist in ziekenhuis
  - Vrienden of familie
  - Internet
37. Hebt u de voorbije tien jaar gesproken met uw huisarts over seksualiteit?
- Neen
  - Ja, maar eerder zelden
  - Ja, verschillende keren
38. Vindt u dat uw huisarts voldoende aandacht besteedt aan seksualiteit?
- Neen
  - Ja
39. Zou u dit vreemd vinden mocht de huisarts vragen stellen over uw seksualiteit, zonder dat dit de reden van uw consultatie is?
- Neen
  - Ja

40. Zou u met uw huisarts over seksuele problemen willen praten?
- Neen
  - Misschien
  - Ja
41. Zou u zich meer comfortabel voelen als de huisarts het onderwerp 'seksualiteit' zelf aanbrengt, zodat u de eerste stap niet hoeft te zetten?
- Neen
  - Ja
42. Indien u seksuele problemen wilt bespreken met de huisarts, kiest u voor een jongere of iets wat oudere huisarts?
- Geen voorkeur
  - Jongere huisarts
  - Oudere huisarts
43. Speelt het geslacht van de huisarts voor u een rol om seksualiteit te bespreken?
- Neen
  - Zeker, ik verkies een huisarts van hetzelfde geslacht
  - Zeker, ik verkies een huisarts van het andere geslacht

---

**Hartelijk bedankt voor Uw deelname!**

U kunt deze vragenlijst anoniem deponeren in de brievenbus van de praktijk, zo wordt de anonimiteit van de patiënt volledig bewaard! Indien u, na het invullen van deze vragenlijst, bijkomende vragen hebt kunt u altijd terecht bij Dr. Tessa of Dr. Nancy.

### Informed consent en toestemmingsformulier

**Deze INFORMATIEBRIEF en TOESTEMMINGSVERKLARING is bedoeld voor patiënten die willen deelnemen aan de masterproef van dr. Tessa Crombez die de seksuele tevredenheid bij 50-plussers bestudeert in een landelijke huisartsenpraktijk.**

Deze toestemmingsverklaring bestaat uit twee delen:

- Een informatiebrief: om informatie over de masterproef met u te delen (dit deel mag u houden)
- De toestemmingsverklaring: voor handtekeningen indien u ervoor kiest deel te nemen (dit deel met uw handtekening wordt afgegeven of achtergelaten in de praktijk t.a.v. Dr. Tessa Crombez)

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een masterproef. Neem, voor u beslist deel te nemen, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt geïnformeerde toestemming genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zullen we u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

### **Deel I: Informatie voor de deelnemer**

#### **Project:**

Studie over seksualiteit en seksueel welbevinden van 50-plussers in een landelijke huisartsenpraktijk.

#### **Beschrijving en opzet van het project:**

In het kader van de opleiding tot huisarts van Dr. Tessa Crombez uit Lo-Reninge wordt een masterproef gemaakt die de seksualiteit en seksuele tevredenheid bij 50-plussers in deze huisartsenpraktijk bestudeert. Deze masterproef wordt ondersteund door haar praktijkopleider Dr. Nancy Kiekens en Dr. Anne Nobels en Prof Dr Ines Keygnaert van de Universiteit Gent.

We zouden graag meer te weten komen over uw mening, uw noden en ervaringen aan de hand van een vragenlijst die u anoniem kan invullen. De resultaten zullen gebruikt worden om huisartsen bewust te maken van hoe ze seksualiteit bij 50-plussers beter kunnen bespreken en hoe ze als arts de patiënten beter kunnen ondersteunen. Hierdoor willen we in de toekomst drempelverlagend werken zodat u bij vragen of problemen rond seksualiteit bij uw huisarts terecht kan.

Dit onderzoek werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissies voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de faculteit Geneeskunde van Universiteit Gent en wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Ines Keygnaert en Dr. Anne Nobels van de Universiteit van Gent.

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan de studie.

### **Toestemming en weigering:**

Uw deelname aan deze enquête is volledig vrijblijvend. U kan op elk moment uw deelname stopzetten zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit een invloed zal hebben op het contact met uw huisarts/de zorg van uw huisarts voor u. Indien u akkoord gaat met de deelname, zal u gevraagd worden de toestemmingsverklaring te ondertekenen.

### **Confidentialiteit:**

Er bestaan verschillende wetten om uw persoonlijke gegevens te beschermen. Dit is de Belgische wet van 22 augustus 2002 op het gebied van bescherming van de privacy en de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming van 25 mei 2018. De onderzoekers zullen deze wetten volgen. De gegevens uit de vragenlijst worden verwerkt door Dr. Tessa Crombez en bewaard gedurende twee jaar. Indien u instemt om deel te nemen aan dit onderzoek zullen uw persoonlijke gegevens gepseudonimiseerd worden. Dit wil zeggen dat u niet kan worden geïdentificeerd op basis van de gegevens. Deze enquête is volledig anoniem en de antwoorden zullen op een beveiligde manier bewaard en verwerkt worden volgens het "Informatieveiligheidsbeleid" van Universiteit Gent zodat zij kunnen gebruikt worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Uw toestemming tot deelname aan deze masterproef wordt apart van de antwoorden uit de enquête bewaard. Enkel de onderzoekers werkzaam op dit project zullen toegang hebben tot uw persoonlijke gegevens. Indien de resultaten gepubliceerd worden, wordt uw anonimiteit verzekerd. Uw antwoorden zullen enkel gepubliceerd worden als onderdeel van samenvattingen waaruit geen individuele antwoorden geïdentificeerd kunnen worden. Er kan geen terugkoppeling gemaakt worden tussen uw ingevulde vragenlijst en uw identiteit."

### **Verzekering:**

De waarschijnlijkheid dat u enige schade zal oplopen als gevolg aan uw deelname aan deze studie is bijzonder klein. Indien dit alsnog zich voor zou doen, hoewel dit zeer onwaarschijnlijk is, werd een verzekering afgesloten bij Allianz Global Corporate & Specialty (polisnummer BEL000862) zoals beschreven in de Belgische Wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2014, die deze mogelijkheid dekt.

**Kosten:** Uw deelname aan deze masterproef zal voor u geen kosten met zich meebrengen.

**Voordelen:** Door de implementatie van de masterproef in deze praktijk weet u dat wij streven naar een open communicatie omtrent seksualiteit ongeacht welke leeftijd de patiënt heeft. Deelname aan deze studie kan voor u een medisch voordeel met zich meebrengen: de verkregen resultaten kunnen leiden tot een betere aanpak van seksuele problemen door huisartsen, zeker binnen deze praktijk. Bij vragen of onduidelijkheden kunt U ons hierover aanspreken tijdens de consultatie.

We geven geen geld voor het invullen van deze vragenlijst.

**Vragen:** Bij vragen over deze masterproef, indien u veranderingen willen laten doorvoeren aan uw gegevens of indien u gegevens wil laten verwijderen kan u steeds contact opnemen met Dr. Tessa Crombez.

Voor meer informatie over de bescherming van uw persoonlijke gegevens kan u contact opnemen met de Data Protection Officer (DPO) van Universiteit Gent ([dpo@ugent.be](mailto:dpo@ugent.be)). U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35,  
1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## **Deel II: Toestemmingsverklaring:**

Hierbij verklaar ik dat ik vrijwillig deelneem aan de masterproef over seksualiteit en seksueel welbevinden van 50-plussers in deze landelijke huisartsenpraktijk. Deze masterproef wordt uitgevoerd door de Universiteit Gent.

Aankruisen indien akkoord:

- Ik verklaar op een verstaanbare manier te zijn geïnformeerd over over de aard, de methode en het doel van deze studie.
- Ik weet dat deelname aan deze studie volledig vrijblijvend is. Ik weet dat ik op elk moment mijn deelname kan stopzetten zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit een invloed zal hebben op het contact met de huisartsen.
- Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van UZ Gent/UGent voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.
- Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen kosten met zich meebrengt.
- Ik begrijp dat de antwoorden die ik geef zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming om de antwoorden die ik geef op een beveiligde manier te bewaren in overeenstemming met het "Informatieveiligheidsbeleid" van de Universiteit Gent zodat deze kunnen hergebruikt worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.
- Ik geef toestemming om mijn persoonlijke gegevens op een gecodeerde manier te bewaren in overeenstemming met "Informatieveiligheidsbeleid" van Universiteit Gent. Ik weet dat enkel de onderzoekers verbonden aan dit onderzoeksproject toegang hebben tot mijn persoonlijke gegevens.

Naam deelnemer: .....

Handtekening: .....

Datum: ...../...../.....

contact Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	telefoon +32 (0)9 332 26 88	e-mail Ethisch_comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be
Ons kenmerk 2019/0358	Uw kenmerk	datum 26-apr-19
		pagina 1/2

**Betreft :**

Advies voor monocentrische studie met als titel:  
Seksuele tevredenheid bij 50-plussers: hoe kan de huisarts de bespreekbaarheid verhogen? (onder voorbehoud) - MaNaMa Tessa Crombez

**Belgisch Registratienummer: B670201939704**

- \* Adviesaanvraagformulier (volledig ontvangen dd. 05/03/2019) - versie 1 dd. 1/03/2019
- \* Antwoord onderzoekers dd 16/04/2019 (ontvangen dd 17/04/2019) op opmerkingen EC dd 03/04/2019
- \* (Patënten)informatie- en toestemmingsformulier (Versie 2) dd. 16/04/2019
- \* Vragenlijsten Seksuele tevredenheid bij 50-plussers (Ontvangen dd 17/04/2019)

**Advies werd gevraagd door:**

Mevr. I. KEYGNAERT ; Hoofdonderzoeker

**ALGEMENE DIRECTIE**  
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:  
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS  
Prof.dr. J. Deonyenaere

STAFMEDEWERKER  
Muriel Fouquet  
T +32(0)9 332 33 36  
Sabine Van de Moortele  
T +32(0)9 332 68 54  
Sara De Smet

SECRETARIAAT  
Wendy Van de Velde  
T +32(0)9 332 56 13  
Sandra De Paepe  
T +32(0)9 332 26 88  
Ann Haesebaldie  
T +32(0)9 332 22 66  
Davine Verbeke  
T +32(0)9 332 22 66

INGANG 75  
ROUTE 7522

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 18/04/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/04/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimtra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 18/04/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/04/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact Bimtra Clinics (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 21/05/2019**

**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/05/2019**



Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

**Prof. dr. D. MATTHYS**  
Voorzitter / Chairman

**CC:** De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimtra Clinics  
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel  
Universiteit Gent - vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg; De pintelaan 185 9000 Gent

**VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS  
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE**

**1. TITEL VAN HET ONDERZOEK**

SEKSUELE TEVREDENHEID BIJ 50-PLUSERS: HOE KAN DE HUISARTS DE BESPREEKBAARHEID VERHOGEN?

**2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)**

**PROMOTOR**

- NAAM: INES KEYGNAERT
- FUNCTIE: PROFESSOR (DOCENT)
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.87.68
- E-MAIL: INES.KEYGNAERT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

**CO-PROMOTOR**

- NAAM: ANNE NOBELS
- FUNCTIE: ASO PSYCHIATRIE EN DOCTORAATSSTUDENT...
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.87.68
- E-MAIL: ANNE.NOBELS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

**3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.**

- NAAM: TESSA CROMBEZ
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0498654808
- E-MAIL: [TESSA.CROMBEZ@UGENT.BE](mailto:TESSA.CROMBEZ@UGENT.BE)

**4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.**

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. NANCY KIEKENS
- ADRES: OOSTSTRAAT 15/00018647 LO-RENINGE
- TELEFOONNUMMER: 058/28.84.81
- E-MAIL: KIEKENS.NANCY@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO

**5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK**

NEEN

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: ...
- NAAM ONDERZOEKER: ...
- DATUM GOEDKEURING: ... (KOPIE TOEVOEGEN)

**6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)**

- START ONDERZOEK: MEI 2019 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: SEPTEMBER 2020

**7. SOORT ONDERZOEK**

- PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK: VRAGENLIJSTEN

**8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL ( MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJZ NIET ALLEEN NAAR EEN BUGEVOEGD PROTOCOL.**

**Probleemstelling**

Seksualiteit en intimiteit hebben een positieve invloed op de mentale en fysieke tevredenheid bij 50-plussers. Echter, het stereotype denken over seksualiteit op oudere leeftijd blijft bestaan. Vaak krijgen volwassenen op oudere leeftijd onterecht 'seksueel niet actief' opgedrukt. Het is belangrijk dat huisartsen zich bewust worden van de seksuele noden en behoeften bij 50-plussers. Op oudere leeftijd wordt de term seksualiteit breder opgevat dan enkel coïtus. Masturbatie, flirten, knuffelen, strelen en uitwisselen van seksuele fantasieën behoren tot deze bredere waaier. Prostaatchirurgie, diabetes en hart- en vaatziekten kunnen een invloed hebben op het seksueel welbevinden. Echter, er wordt zeer weinig proactief opgetreden.

Dit onderwerp wordt steeds belangrijker, mede door de toenemende vergrijzing. Maar ondanks de toenemende aandacht in de media, heerst er een barrière om seksualiteit bespreekbaar te maken bij de huisarts.

## Onderzoeksvragen

1. Wat betekent seksualiteit voor 50-plussers en hoe wordt dit ervaren? Welke mogelijke seksuele problemen kunnen ontstaan op oudere leeftijd en hoe kan daarmee worden omgegaan? Welke noden hebben ouderen qua informatie rond seksuele gezondheid, seksualiteitsbeleving en ondersteuning hierbij?
2. Kennen 50-plussers de term 'SOA'? Zijn 50-plussers zich ervan bewust dat ze risico lopen op SOA bij onbeschermd seksueel contact?
3. Welke barrières ervaren patiënten om seksualiteit te bespreken op de consultatie of op huisbezoek.
4. Hoe kan een huisarts zijn patiënten helpen om te voldoen aan hun seksuele behoeften? Welke barrières ervaren artsen om seksualiteit te bespreken op de consultatie of op huisbezoek? (barrières van artsen wordt niet bevraagd in een vragenlijst, maar wordt besproken in het deel literatuurstudie)

## Doelstelling

Het doel van deze masterproef is om aan de hand van een gestructureerde vragenlijst een beeld te schetsen over de seksuele tevredenheid en noden bij 50-plussers in een landelijke, West-Vlaamse huisartsenpraktijk waar de huisarts een centrale rol opneemt in de gezondheidszorg. Door de visie van de 50-plussers in verband met hun seksualiteit en intimiteit te bevragen kunnen we als huisarts ons ervan bewust worden dat seksualiteit wel degelijk een belangrijk aspect is op oudere leeftijd. Wij hopen dat na analyse van de resultaten van de vragenlijsten uit deze masterproef huisartsen er zich van bewust worden dat open communicatie i.v.m. seksualiteit en seksueel welbevinden bij 50-plussers erg belangrijk is. Welke seksuele behoeften hebben 50-plussers en wordt de huisarts door de patiënten bij problemen of vragen in verband met het seksueel welbevinden als een aanspreekpunt gezien? Is de 50-plusser zich bewust van het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)? Kan proactief worden opgetreden door 50-plussers te informeren over SOA's?

Deze masterproef zal ook aanbevelingen formuleren voor huisartsen: hoe kun je seksuele problemen bespreken op de consultatie/huisbezoek? Zijn er risicogroepen waarbij seksualiteit proactief zou moeten worden besproken (vb. na een acuut myocardinfarct, na prostaatchirurgie,...) en hoe wordt dit het best aangepakt?

## Onderzoeksmethode

Vanaf midden mei 2019 t.e.m. november 2019 worden aan alle 50-plussers uit de praktijk, die voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria en die zich in deze tijdspanne aanmelden voor een consultatie of een huisbezoek aanvragen, uitleg gegeven over de masterproef. Dit zal gebeuren door dr. Tessa Crombez en haar praktijkopleider dr. Nancy Kiekens. Na de uitleg en het invullen van het informed consent wordt de vragenlijst meegegeven. Dit kan gebeuren tijdens de consultatie of op huisbezoek. Deze vragenlijsten kunnen anoniem worden gedeponeerd in de brievenbus van de praktijk. Tijdens huisbezoeken wordt een (gefrankeerde) envelop voorzien die de patiënt kan versturen naar de praktijk of in de brievenbus kan deponeren.

## Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bevat mannelijke en vrouwelijke volwassenen (50+) die patiënt zijn in onze landelijke huisartsenpraktijk in Lo-Reninge. Exclusiecriteria: patiënten die verblijven in een rust- en verzorgingstehuis of patiënten die volgens onze mening niet in staat zijn om de vragenlijst correct in te vullen vb. ernstig psychiatrische of dementerende patiënten.

## Tijdsschema

Midden mei 2019- november 2019: uitdelen vragenlijsten en verwerken resultaten

Vanaf december 2019: verwerken resultaten en verder afwerken masterproef

### **9. IS HET ONDERZOEK**

DIAGNOSTISCH + EPIDEMIOLOGISCH

### **10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?**

NEEN

### **11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE**

FACULTEIT GENEESKUNDE: UNIVERSITEIT GENT

### **12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :**

- A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?  
 NEEN: PATIËNTEN DIE OP CONSULTATIE KOMEN BIJ DE HUISARTS (OF HUISBEZOEK)
- B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?  
 NEEN
- C. AANTAL PROEFPERSONEN: 200-300
- D. LEEFTIJD : 50-PLUSSERS
- E. GESLACHT : MAN EN VROUW
- F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

De onderzoekspopulatie bevat mannelijke en vrouwelijke volwassenen (50+) die patiënt zijn in onze landelijke huisartsenpraktijk in Lo-Reninge en die zich in een tijdspanne van midden mei 2019 t.e.m. november 2019 aanmelden voor een consultatie of een huisbezoek aanvragen.

Exclusiecriteria: patiënten die verblijven in een rust- en verzorgingstehuis of patiënten die volgens onze mening niet in staat zijn om de vragenlijst correct in te vullen vb. ernstig psychiatrische of dementerende patiënten.

### **13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN**

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN? JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK?

SCHRIFTELIJK : JA  
MONDELING: NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

**B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN?** (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

NEEN

**C. GAAT HET OM KINDEREN?**

NEEN

**14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD**

JA

**15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?**

JA

**16. VERZEKERING**

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

**17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?**

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

**18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER**

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHE ZAL BRENGEN ?

NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

JA

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

JA

**19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:**

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?

(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

**20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN**

JA

PATIËNTEN KUNNEN IN DE PRAKTIJK TERECHT VOOR VRAGEN DIE MOGELIJKS GEÏNDUCEERD KUNNEN ZIJN DOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJSTEN.

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR TESSA CROMBEZ EN DR NANCY KIEKENS

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

JA

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

JA

**INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)**

**21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?**

Wij hopen dat na analyse van de resultaten van de vragenlijsten uit deze masterproef huisartsen er zich van bewust worden dat open communicatie i.v.m. seksualiteit en seksueel welbevinden bij 50-plussers erg belangrijk is. Een betere seksuele begeleiding door huisartsen voor 50-plussers, afhankelijk van hun seksuele noden en behoeften, is één van de doelstellingen van deze masterproef. Dit is een belangrijk argument ten voordeel van de patiënten.

**22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?**

NEEN

**23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?**

NEEN

**24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?**

- A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....
- B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN  
WELKE ..... OM DE .....
- C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES  
WELKE ..... OM DE .....
- D. BLOEDAFNAMEN : .....
- E. WEEFSELAFNAME : .....
- F. ANDERE : .....

**25. FINANCIËLE OVEREENKOMST**

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.


HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM: 14/2/19  
NAAM: Tessa Crombez  
HANDTEKENING: 

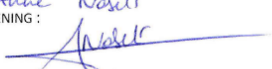
PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM: 14/02/19  
NAAM: Kiekens Nancy  
HANDTEKENING: 

PROMOTOR

DATUM: 5/2/19  
NAAM: JES KEYGHEBEL  
HANDTEKENING: 

CO-PROMOTOR

DATUM: 5/2/19  
NAAM: Anne Nabels  
HANDTEKENING: 

DIENTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM: 1-3-2019  
NAAM:  
HANDTEKENING:

  
VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID  
EN EERSTELIJNSZORG  
UNIVERSITEIT GENT  
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter  
CAMPUS UZ GENT – 6K3  
Corneel Heymanslaan 10

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID  
EN EERSTELIJNSZORG  
UNIVERSITEIT GENT  
CAMPUS UZ GENT – 6K3  
Corneel Heymanslaan 10  
B-9000 GENT  
TEL. +32(0)9 332 36 28

Versie 1, 26/2/2019 Tessa Crombez

B-9000 GENT  
TEL. +32(0)9 332 36 28