

Seksuele hulpverlening met gespreksmodel FIAT

• **Anemieke Boone** oncologieverpleegkundige Mammacare, Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (NKI-AVL)

Dit artikel heb ik geschreven naar aanleiding van mijn eindopdracht kwaliteitszorg in 2003 voor de opleiding tot oncologieverpleegkundige. Met deze eindopdracht wilde ik een kwaliteitsverbetering bewerkstelligen in de seksuele hulpverlening van oncologieverpleegkundigen aan vrouwen die een borstamputatie ondergaan. De oncologieverpleegkundigen/mammacareverpleegkundigen in het NKI-AVL hebben allen een aandachtsgebied waarvan zij alle nieuwe ontwikkelingen bijhouden. Deze kennis delen zij met collega's. Mijn aandachtsgebied is: 'Seksualiteit en borstkanker'. Op de verpleegkundige mammapoli in het NKI-AVL worden de vrouwen, twee tot drie maanden na de laatste behandeling voor borstkanker, uitgenodigd voor een 'afrondingsgesprek'. Een van de aandachtsgebieden is seksualiteit.

Zelden besproken

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Bijna 30 procent van de vrouwen met borstkanker krijgt te maken met seksuele problemen. Toch wordt dit probleem maar zelden aangekaart tijdens gesprekken met artsen en verpleegkundigen. De nadruk ligt op het behandelen van de kanker. Het is belangrijk om al in een vroeg stadium helderheid te geven over eventuele gevolgen van de behandeling. De vrouw is dan voorbereid en kan mogelijk beter met eventuele seksuele problemen omgaan. Daarom moet seksualiteit een plek hebben in voorlichting en zorg van oncologieverpleegkundigen.

Rol van de oncologieverpleegkundige

Het is essentieel dat seksualiteit bespreekbaar wordt gemaakt voor vrouwen met borstkanker. De oncologieverpleegkundige kan een waardevolle rol spelen in de voorlichting en zorg. De taken van de oncologieverpleegkundige liggen immers op het gebied van begeleiden, informeren en coördineren. De verpleegkundige interventies kunnen worden gericht op preventie van seksuele problemen en seksuele aanpassingen. Dit kan door informatie te geven, ondersteuning en begeleiding te bieden en te signaleren of doorverwijzing nodig is.



Het is belangrijk om al in een vroeg stadium helderheid te geven over eventuele gevolgen voor de seksualiteit van de behandeling van borstkanker.

Er zijn vijf verschillende tijdstippen om seksualiteit ter sprake te brengen: bij de *diagnose* (in ieder geval vóór de chirurgische ingreep), in het *ontslag-gesprek* na de chirurgische ingreep, bij de *prothesevoorlichting*, vóór de *aanvullende behandelingen* en tijdens het *opbouwen van het 'vernieuwde' seksuele leven*.

Seksualiteit kan op verschillende manieren meer aandacht krijgen in de voorlichting en zorg van oncologieverpleegkundigen. Dit kan met behulp van het zogenaamde FIAT model. *Fiat staat voor: Fiatteren, Informeren, Adviseren en Therapie*.

Het FIAT-model

In Nederland heeft Hengeveld het FIAT-model geïntroduceerd op basis van het 'PLISSIT'-model'. Dit gespreksmodel bestaat uit vier stappen: *Permission giving, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*. Het FIAT-model biedt een gestructureerde aanpak die door verschillende professionals kan worden gebruikt om seksualiteit in het algemeen met de patiënt bespreekbaar te maken en om een antwoord te geven op vragen over seksuele zorgen of problemen. Empirisch onderzoek naar het effect van dit model uit 1974 is niet gevonden. Wel wordt dit model regelmatig geciteerd in klinische artikelen over hoe de hulpverlener met seksuele vragen en problemen kan omgaan. Fiatteren betekent toestemming geven. Toestemming geven is in de eerste plaats luisteren, maar ook geruststellen en aanmoedigen. Hiermee zeg je eigenlijk: "U mag erover praten, het is normaal" en "Ik heb er belangstelling voor". Het is voor de oncologieverpleegkundige goed om aan de patiënt uit te leggen waarom je het onderwerp seksualiteit ter sprake brengt. Tevens is het geruststellend voor de patiënt om te weten dat zij met eventuele vragen over de seksualiteit bij de oncologieverpleegkundige terecht kan. Met informeren wordt bedoeld dat je beperkte relevante informatie kunt geven. Het geven van beperkte informatie is de tweede vaardigheid of techniek van het FIAT-model. De oncologieverpleegkundige heeft hiervoor de juiste kennis nodig. In tegenstelling tot de eerste twee stappen is het voor het geven van specifieke adviezen belangrijk om eerst informatie over de patiënt en het probleem in te winnen om een beter beeld te krijgen van de voorgeschiedenis of ontwikkeling van het seksuele probleem. De oncologieverpleegkundige heeft ook hier de juiste kennis voor nodig. De oncologieverpleegkundige heeft niet de seksuologische kennis en vaardigheden om intensieve therapie te geven. Haar taak in deze stap is om te signaleren of de patiënt hulp nodig heeft van maatschappelijk werk of een psycholoog en deze hiernaar door te verwijzen. Risicopatiënten die zeker doorverwezen moeten worden, zijn patiënten met traumatische seksuele ervaringen, patiënten met huidige of in het verleden ervaren negatieve beleving van het lichaamsbeeld, patiënten met relatiespanningen en/of relatieproblemen, jonge patiënten en in sommige situaties ook alleenstaande patiënten.

Aspecten van seksualiteit

In de holistische visie en biopsychosociale benadering kent seksualiteit verschillende aspecten. Deze kunnen elkaar beïnvloeden als zich een probleem voordoet op het gebied van seksualiteit. Deze aspecten zijn:

• Lichaamsbeeld/uiterlijk

Het lichaamsbeeld is het beeld dat wij van onszelf hebben. Het bestaat uit alle gevoelens en percepties over ons lichaam. Het lichaamsbeeld is een

onderdeel van het zelfbeeld: de ideeën over en de ervaringen met het lichaam, zoals mannelijk- en vrouwelijkheid. Het beeld dat iemand van zichzelf heeft, verschilt van persoon tot persoon. Het zelfbeeld heeft effect op seksualiteit en zijn uitdrukking.

• Seksueel functioneren/de seksuele responsecyclus

Het seksueel functioneren bestaat uit 5 fasen.

De eerste fase is de fase van het verlangen, de zin om te vrijen. Ook wel libido genoemd. In deze fase is er een zekere zin om seksueel opgewonden te raken of te vrijen, dit heeft alles te maken met hoe ons algemeen lichamenlijk en psychisch welbevinden is. Deze fase kan kort of lang zijn en komt tot stand meer uit eigen gevoelens dan die van de partner.

De tweede fase is de fase van opwindning. De seksuele opwindning begint steeds groter te worden en dit leidt tot duidelijke lichamelijke reacties, zoals bij de vrouw onder andere het vochtig worden van de schede. Dit kan alleen of met de partner worden beleefd.

De derde fase is de plateau fase, als verlenging en verdieping van de maximale opwindning. Deze fase is kort, intens en naar binnen gericht en kan bij doorgaande opwindning leiden tot een orgasme. Dit is een moment van een intens hoogtepunt en tegelijkertijd een ontlading van de spanning. Dit onderdeel wordt individueel beleefd.

Als laatste fase is er de herstelfase, moment van ontspanning. Dit onderdeel duurt wat langer en kan bij aanwezigheid van een partner op interactie gericht zijn.

Na herstel kan dit hele proces zich opnieuw herhalen.

• Uiten van gevoelens en emoties

Door seksualiteit kunnen erotische behoeften en gevoelens van optimale beleving van intimiteit en/of genegenheid tot uitdrukking worden gebracht.

• Hormonen, voortplanting/fertiliteit

Voor de seksualiteit is een intact neuro-endocrien systeem nodig. Voortplanting is volgens Hengeveld de voornaamste functie van seksualiteit.

Mogelijke gevolgen voor de seksualiteit na behandeling

De verschillende behandelingen van kanker kunnen verschillende effecten hebben op de seksualiteit. Alle symptomen die genoemd worden bij chirurgie, radiotherapie, chemotherapie, hormoontherapie en immunotherapie hebben invloed op het lichaamsbeeld/uiterlijk en mogelijk invloed op de relatie en gaan samen met gevoelens van schaamte, frustratie, angst, rouw en verminderd vrouw-zijn. Wat betreft het seksueel functioneren hebben de genoemde symptomen alle invloed op de zin en opwindning.

• Chirurgie

Een borstamputatie, een borstsparende operatie of een borstamputatie met reconstructie geeft een veranderd lichaamsbeeld, een veranderd gevoel in huid, borst en tepel, lymfoedeem, pijn en gemis van stimulatie bij het ontbreken van de tepel. Een inefficiënt verliesverwerkingsproces/rouwproces geeft een verhoogde kans op seksuele problemen. Een efficiënt verliesverwerkingsproces/rouwproces kan worden bevorderd door de vrouw te informeren dat het belangrijk is om vóór de operatie stil te staan bij de betekenis van de borst en het belang te benadrukken van het uiten van gevoelens en emoties in elke fase van het ziekteproces. Daar-

Samenvatting

Dit artikel gaat over de gevolgen van borstkanker op seksualiteit bij de vrouw. Seksualiteit is een integraal onderdeel van het leven en maakt voor de meerderheid van alle vrouwen deel uit van de kwaliteit van leven. Behandeling van borstkanker heeft gevolgen voor het seksueel functioneren en/of de beleving van seksualiteit. Het is belangrijk om al in een vroeg stadium helderheid te geven over eventuele gevolgen voor de seksualiteit van de behandeling van borstkanker.

naast door haar te informeren over het mogelijk doormaken van een rouwproces en de gevoelens die daarbij horen. Ook kunnen vóór de operatie afscheidsrituelen worden gehanteerd (foto's, gipsafdruk, bodypainting, creatieve expressie). Na de operatie is het belangrijk om de wond te bekijken en deze te verzorgen (spiegel oefening) en als het litteken genezen is, deze plek zelf of met de partner te masseren. Het is zinvol om de partner, indien aanwezig, bij deze gesprekken te betrekken. Ook contact met lotgenoten kan goed zijn.

• Radiotherapie

De bestraling geeft een veranderd gevoel aan de huid, borst en tepel. Dit varieert van ongevoelig stug tot pijnlijk. Bestraling kan gepaard gaan met gevoelens van moeheid.

• Chemotherapie

Chemotherapie gaat soms gepaard met haaruitval, nagel- en huidverkleuring. De behandeling veroorzaakt dikwijls misselijkheid, moeheid en een verminderd gevoel door neuropathie. Daarnaast hebben vrouwen na chemotherapie vaak last van een droge, strakke vagina en pijn en wondjes bij het vrijen. Afhankelijk van de soort en de dosis chemotherapie kan de vrouw tijdelijk of blijvend te maken krijgen met infertiliteit. Het bespreken van infertiliteit met de vrouw vóór de behandeling kan veel leed voorkomen. Tal van interventies met als doel de infertiliteit te herstellen, zijn inmiddels bekend. Onder andere een IVF-procedure voor de behandeling of cryopreservatie van (onbevuchte) eicellen.

• Hormoontherapie

Hormoontherapie gaat gepaard met een verminderd libido of verlies van libido. Het geeft vaak een droge, strakke vagina en veroorzaakt mogelijk pijn en wondjes bij het vrijen. Ook gaat hormoontherapie wel eens gepaard met gewichtstoename en met overgangsklachten. Testosteron is het meest belangrijke hormoon voor libido, zowel bij vrouwen als bij mannen. Twee hormoonmedicaties met een negatief effect op testosteron zijn Tamoxifen en Progestagenen (i.e. Depo-provera). Een mogelijkheid voor behandeling van een verminderd libido is een testosteron supplement.

• Immunotherapie

In de literatuur is nog niet zo veel bekend over de gevolgen van seksualiteit en immunotherapie. Het is wel bekend dat deze behandeling spier- en botpijn kan veroorzaken, neurologische veranderingen teweeg kan brengen en vermoeidheid kan veroorzaken.

Gespreksvaardigheden en adviezen

Met behulp van standaard openingszinnen en standaard voorbeeldvragen

kun je als oncologieverpleegkundige je vaardigheden oefenen:

Een voorbeeld van een standaard openingszin is:

“De behandeling van borstkanker kan gevolgen hebben voor uw uiterlijk (voor uw relatie, voor uw seksualiteit). Hebt u daar al bij stilgestaan? Maakt u zich daar zorgen om? Praat u daar samen met uw partner over?”

Voorbeelden van standaardvragen zijn:

“Welke gevolgen verwacht u voor uw uiterlijk (voor uw relatie, voor uw seksualiteit) of (in een latere fase); hebt u ondervonden?”

“Wat hebt u al gehoord of gelezen over de mogelijke gevolgen voor uw uiterlijk (voor uw relatie, voor uw seksualiteit)?”

De oncologieverpleegkundige kan een aantal algemene adviezen geven in de seksuele hulpverlening:

- Bij een droge strakke vagina kan een glijmiddel helpen, bijvoorbeeld Sensilube of een bevochtigingsgel zoals Replens. Geef de patiënt het advies om de gebruiksaanwijzing bij deze producten goed door te lezen voor een optimale werking. Als zij het niet prettig vindt om dit bij een drogist te kopen, is er altijd de mogelijkheid om dit via internet te bestellen.
- Bij spier- en botpijn kan een pijnstillend middel, bijvoorbeeld paracetamol, worden gebruikt om de ontspanning te bevorderen.
- Adviseer de patiënt om open en eerlijk met de partner te praten over seksuele veranderingen en/of problemen, en adviseer om de gevoelens te uiten. Indien er een partner aanwezig is, betrek de partner dan bij het gesprek, en geef hem/haar ook de ruimte om aan het woord te komen.
- Vertel dat seksuele problemen vaak tijdelijk zijn, dat gedurende de behandeling intimiteit en tederheid het belangrijkste zijn. Als deze gevoelens goed zijn, komt de seksualiteit vanzelf ook wel weer op gang.
- Adviseer de patiënt om innerlijke rust te zoeken ter bevordering van ontspanning (ontspanningsoefeningen, yoga, meditatie) en lichamelijk actief te blijven, ter bevordering van de algehele conditie.
- Wijs de patiënt op het ‘Goed verzorgd, beter gevoel’ programma en op relevante boekjes en folders.
- Draag zorg voor continuïteit van zorg: één en dezelfde oncologieverpleegkundige bij één patiënt scheidt vertrouwen.

INFORMATIE

A.BOONE@NKI.NL

LITERATUUR

DE LITERATUURLIJST BIJ DE AUTEUR OP DE VRAGEN.

ZIE OOK: WWW.ONCOLINE.NL: RICHTLIJN VERANDERD SEKSUEEL FUNCTIONEREN.