

In gesprek over seksuele functiestoornissen door antipsychoticagebruik

Een fenomenologisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten met het bespreken van seksuele problemen

Inleiding

Van de Nederlandse bevolking wordt 2 tot 3% ooit gediagnosticeerd met een psychotische stoornis (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). In 2017 gebruikten ruim 325.000 mensen antipsychotica in verband met een dergelijke stoornis (Zorginstituut Nederland, 2018). Het gebruik van antipsychotica leidt niet zelden tot problemen met seksualiteit (Alphen *et al.*, 2012). Uit onderzoek van Knegtering, Castelein, en Bruggeman (2004) blijkt dat seksuele functiestoornissen zich het meest voordoen bij het gebruik van risperidon (46-50%), gevolgd door klassieke antipsychotica zoals haloperidol (16-36%) en minder bij clozapine, olanzapine en quetiapine (8-17%). Bekende klachten zijn een verminderd libido, erectiestoornissen, orgasmestoornissen en vermindering van ejaculatie (Knegtering, Bruggeman, Castelein, & Wiersma, 2007). Seksualiteit is een basaal aspect voor menselijk welzijn, gezondheid en kwaliteit van leven (Quinn & Browne, 2009). De ongewenste effecten van antipsychotica op het seksueel functioneren hebben mogelijk een negatieve invloed op de kwaliteit van leven (Knegtering *et al.*, 2004). De angst en zorgen die ontstaan door het ervaren van seksuele functiestoornissen kunnen de psychotische symptomen zelfs verergeren (Peuskens, Sienaer, & De Hert, 1998). Patiënten maken zich meer zorgen over de bijwerkingen van hun medicatie op seksualiteit dan over andere bijwerkingen; dit is dan ook een belangrijke reden voor therapieontrouw (Floris *et al.*, 2007; Quinn *et al.*, 2009).

De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Alphen *et al.*, 2012) beschrijft dat, wanneer seksuele functiestoornissen optreden als gevolg van antipsychoticagebruik, gekozen kan worden voor het verlagen van de dosering of veranderen van het antipsychoticum. Ook wordt aanbevolen om bij antipsychoticagebruik regelmatig, in ieder geval

na de start en daarna jaarlijks, te vragen naar seksuele functiestoornissen. Vragenlijsten die de bijwerkingen van antipsychotica in kaart brengen zijn bijvoorbeeld de Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSEERS) (Day *et al.*, 1995) en de Somatische Mini Screen (SMS) (de Ruijter, 2017). Deze instrumenten maken echter alleen inzichtelijk óf er sprake is van bijwerkingen op het gebied van de seksualiteit, maar bieden geen ondersteuning in het uitvragen van dergelijke klachten.

Zowel de hulpverlener als de patiënt vermijden nogal eens seksualiteit te bespreken (Shell, 2007). Knegtering *et al.* (2007) stellen dat er sprake is van taboe rondom het bespreken van seksualiteit. Hulpverleners laten het initiatief om seksualiteit te bespreken vaak over aan de patiënt, terwijl patiënten zelf aangeven dat zij verlegen zijn om dergelijke problemen aan te kaarten (Katz, 2009; Quinn & Browne, 2009). Knegtering *et al.* (2007) concluderen dat slechts 10% klachten over het seksueel functioneren uit zichzelf meldt. Als patiënten worden gevraagd zelf seksuele problemen te melden, lijken deze problemen veel minder dan wanneer hier direct naar gevraagd wordt (Kelly & Conley, 2004). Het merendeel van de patiënten vindt voorlichting over medicatie erg belangrijk, maar stelt dat dit onvoldoende wordt gedaan (de Jager, Wolters, & Pijnenborg, 2016).

Uit een onderzoek onder Nederlandse psychiaters en psychiaters in opleiding blijkt dat zij vaak terughoudend zijn in het bespreken van seksuele bijwerkingen – vanuit het idee dat patiënten hier liever niet over praten (Voermans, Peen, & Hengeveld, 2012). Ook denkt men dat patiënten zich schamen om dergelijke problemen te melden, en denken dat het bespreken hiervan gevolgen kan hebben voor de therapeutische relatie (Quinn, Happell, & Browne, 2012). Zo beschrijven Nnaji en Friedman (2008) dat sommige hulpverleners bang zijn dat de patiënt geschokt zal reageren. Quinn *et al.* (2012) beschrijven dat sommige hulpverleners bang zijn dat voorlichting over bijwerkingen op seksualiteit leidt tot therapieontrouw. Ondanks het belang van het goed uitvragen van bijwerkingen op seksualiteit, is vanuit de literatuur duidelijk dat dit vaak niet wordt gedaan. Ook maakt de literatuur niet duidelijk op welke wijze patiënten bijwerkingen op seksualiteit door antipsychoticagebruik willen bespreken met de behandelaar.

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de ervaringen van patiënten met het bespreken van seksuele problemen als gevolg van antipsychoticagebruik. Behandelaars kunnen dit inzicht gebruiken om het bespreken van seksuele problemen te optimaliseren.

Onderzoeksvraag

Welke ervaringen, wensen en behoeften hebben patiënten ten aanzien van het bespreken van seksuele problemen als gevolg van antipsychotica gebruik met de behandelaar die deze medicatie voorschrijft?

Methode

Onderzoeksdesign

Omdat in dit onderzoek de ervaringen van patiënten centraal staan, is gekozen voor een kwalitatieve benadering met een beschrijvend fenomenologisch onderzoeksdesign (Polit & Beck, 2012). Aan de hand van interviews is gezocht naar de doorleefde ervaringen zoals die in de fenomenologie centraal staan (van Manen, 2005). Door gedurende het onderzoek de dataverzameling en – analyse af te wisselen konden thema's worden gevormd en patronen worden herkend. Gezien de geringe tijd voor dit onderzoek, konden slechts zes respondenten geïnccludeerd worden, hetgeen de overdraagbaarheid van dit onderzoek beperkt.

Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is uitgevoerd onder volwassen cliënten die ambulante behandeling krijgen van GGZ Noord-Holland-Noord, antipsychotica gebruiken en seksuele problemen ervaren. De exclusiecriteria omvatten klinische opname, IQ lager dan 70, floride psychose en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Er werd gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef van een ander lopend onderzoek naar seksualiteit en intimiteit. Aan cliënten werd de aanvullende vraag gesteld of zij seksuele problemen ervaren waarvan zij denken dat die het gevolg zijn van het gebruik van antipsychotica. Om de representativiteit te vergroten werd een doelgerichte steekproeftrekking beoogd met maximale variatie in leeftijd, geslacht en behandelregio (Polit & Beck, 2012).

Dataverzameling

In de periode van 23 oktober 2019 t/m 26 maart 2020 zijn zes diepte-interviews afgenomen. Deze vorm is zeer geschikt zijn voor het uitvoeren van fenomenologisch onderzoek en geeft meer dan bij (semi-) gestructureerde interviews ruimte voor het delen van eigen ervaringen (Polit & Beck, 2012). De onderzoeksvraag stond centraal in het interview en was richtinggevend. De interviews vonden plaats op een door de respondent gekozen locatie van GGZ Noord-Holland-Noord en duurden tussen de 30 en 55 minuten. De onderzoeker heeft gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden waarin veldnotities en observaties tijdens de interviews zijn beschreven.

Data-analyse

De interviews werden middels geluidsopnames vastgelegd en zijn vervolgens anoniem getranscribeerd. Voor de data-analyse is het model van Colaizzi gehanteerd (Polit & Beck, 2012). De transcripties zijn nauwkeurig gelezen waarbij belangrijke stukken tekst zijn gecodeerd met het softwareprogramma MAXQDA (versie 12.2.1). Alle zes transcripties zijn herlezen en geanalyseerd door de onderzoeksbegeleider en een medestudent en met hen bediscussieerd, waarna thema's konden worden gevormd.

Methodologische kwaliteit

Omdat de betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief onderzoek niet kan worden gemeten, is de geldigheid van dit onderzoek uitgedrukt in de termen van *trustworthiness* (Polit & Beck, 2012). De geloofwaardigheid (*credibility*) is verhoogd door het transcriberen van de interviews en het uitvoeren van peer-review. Het gebruik van een logboek met persoonlijke aantekeningen stelde de onderzoeker in staat om de zuiverheid van het onderzoek na te streven (Boeije, 2014). Door hierop bracketing toe te passen is de objectiviteit (*confirmability*) vergroot. De onderzoeksbegeleider en medestudent fungeerden als peer-reviewers en hun rol was tevens gericht op het vergroten van de objectiviteit door kritisch te zijn op de data-analyse en de codering. Door het zorgvuldig opslaan van gegevens, het bijhouden van veldnotities in het logboek en het betrekken van een peer-reviewer is transparantie (*dependability*) nagestreefd. De overdraagbaarheid (*transferability*) van de resultaten is geoptimaliseerd door diversiteit binnen de doelgerichte steekproef na te streven en gegevens over het onderzoek en de onderzoeksresultaten gedetailleerd te beschrijven. Het gebruik van citaten en het centraal stellen van ervaringen draagt bij aan de echtheid (*authenticity*) van dit onderzoek.

Ethische verantwoording

Voorafgaand aan het interview heeft de deelnemer het formulier 'informed consent' ondertekend. Alle gegevens zijn anoniem en vertrouwelijk verwerkt, waarmee de privacy van de respondenten is gewaarborgd (Polit & Beck, 2012). Voor het opslaan van de gegevens wordt het protocol van GGZ-NHN gehanteerd. De onderzoeker had in geen van de gevallen een behandelrelatie met de deelnemer. Omdat seksualiteit een thema is dat de deelnemer als gevoelig kan ervaren is de ethische gevoeligheid vooraf beoordeeld door de wetenschappelijke raad van GGZ Noord-Holland-Noord. Omdat binnen dit onderzoek geen handelingen of gedragsregels worden opgelegd valt dit onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (wmo) (Centrale Commissie Mensgericht Onderzoek, 2019).

Resultaten

In de periode van oktober 2019 t/m maart 2020 zijn zes diepte-interviews gehouden onder vier mannen en twee vrouwen. Na analyse konden vier thema's onderscheiden worden: belang van het bespreekbaar maken, het gesprek aangaan, taboe, en wensen en behoeften.

Belang van het bespreekbaar maken

Alle respondenten gaven aan dat zij het belangrijk vinden om seksuele problemen als gevolg van antipsychotica-gebruik te bespreken met de behandelaar. Zij hebben behoefte om gehoord te worden en vragen zich af of het mogelijk is om van de klachten af te komen. Echter, men maakte bijwerkingen op seksualiteit niet altijd bespreekbaar. Geen van de respondenten had het idee om volledig te stoppen met de antipsychotica, maar hadden samen met de behandelaar willen bespreken welke alternatieven er waren, zoals een ander medicijn of het verlagen van de dosis. De mate waarin bijwerkingen op seksualiteit als last worden ervaren – en men daardoor meer of minder behoefte heeft om dit te bespreken – is mede afhankelijk van het hebben van een partner. Het hebben van een intieme relatie vergroot het belang om seksualiteit te bespreken. Een respondent zei over de mate van last: *'Een 10, absoluut, een hele grote 10. Ik zat zo in zak en as erover. Het was zo bitter ook, ik had eindelijk iemand gevonden waar ik ook echt verliefd op was. En dat was toen wederzijds, en dan komt het ervan dat je met elkaar gaat vrijen, en dan lukt dat niet. Ik kan niet zeggen hoe bitter dat is. En van haar kant ook, ja, dat was ook teleurstellend neem ik aan. Omdat het ook een tijd lang duurde. Ik was daarvoor best wel eenzaam geweest. Dan heb je ook heel veel behoefte om te vrijen. En dan is daar dan die vrouw van je dromen en je denkt 'oké nu gaat het gebeuren' en dan op dat vlak blijft het achter. Dat was waardeloos.'*

Het gesprek aangaan

De respondenten hebben ervaren dat zij zelf het initiatief moeten nemen om seksuele functiestoornissen aan te kaarten. Zij die dat wel hadden besproken met de behandelaar noemden zowel positieve als negatieve ervaringen. Positieve ervaringen werden gekenmerkt door een behandelaar die doorvroeg en meedacht over alternatieven. Negatieve ervaringen zorgde voor teleurstelling bij de respondenten en omvatte reacties waarbij de inbreng werd genegeerd of gebagatelliseerd door op een ander onderwerp over te gaan of te antwoorden dat het er nu eenmaal bij hoort. Een tekenende uitspraak hierin was: *'Nou ja, hij vroeg dan hoe het ging en ja of ik nog klachten had. Toen zei ik van ja 'mijn seksleven gaat er ook niet op vooruit'. Dan keek hij me aan en ging weer verder met de volgende vraag.'*

Alle respondenten gaven aan dat zij voorafgaand aan de start van antipsychotica geen voorlichting hadden gekregen over eventuele seksuele functiestoornissen. Sommigen kregen wel voorlichting over andere bijwerkingen zoals gewichtstoename en slaperigheid. Slechts één respondent gaf aan dat hij werd betrokken bij de keuze voor een ander antipsychoticum in verband met ontstane seksuele functiestoornissen; hij vond dat prettig. In geen van de gevallen werd een vragenlijst ingezet om bijwerkingen in kaart te brengen. Respondenten denken niet dat een dergelijke vragenlijst een meerwaarde heeft voor het aangaan van een gesprek over seksuele functiestoornissen, maar zien liever dat de behandelaar hier mondeling naar vraagt.

Taboe

Respondenten zien taboe als mogelijke oorzaak van terughoudendheid onder cliënten en behandelaren. Ze zijn voorzichtig en terughoudend in het bespreken van dergelijke bijwerkingen, en ervaren in meer of mindere mate schaamte en verlegenheid. Een kenmerkende uitspraak was: *'En dan tegelijkertijd is er ook de schroom om het te vertellen, het is schaamtevol, dat blijft het ook wel. Dat is ook wel een beetje een testosterondingetje neem ik aan, als je dan toch voor jezelf moet bekennen 'het lukt niet', dat is schaamtevol. Op een onbewust niveau. Het haalt ook wel een beetje je 'man-zijn' onderuit. In die zin is het moeilijk om dat ook te vertellen.'*

Meerdere keren werd benoemd dat men bang is dat de behandelaar het bagatelliseert. Een aantal respondenten had het idee dat behandelaren het effect van medicatie op de klacht belangrijker vinden dan de seksuele problemen. Sommige respondenten vroegen zich af of de behandelaar zou vinden dat ze zeuren als ze de seksuele problemen bespreekbaar zouden maken. Ook bestond de overtuiging dat zij deze bijwerkingen zouden moeten accepteren omdat dit er mogelijk bij hoort. Een kenmerkende uitspraak was: *'Ja, ik zou best wel moeite mee hebben om nu een volgende keer dat ik bij hem ben, het weer aan te geven. Want dan heb ik echt zo het gevoel van 'wat zeur je nou', dat hij dat dan denkt. Zo van 'ja wat zeur je nou, dat weet je als je medicijnen slikt.'*

Wensen en behoeften

Een aantal respondenten noemt dat zij het bespreken van seksuele problemen zien als onderdeel van het werk van een hulpverlener en passend bij een professionele houding. Alle respondenten geven aan dat zij het belangrijk zouden vinden als behandelaren het initiatief nemen om te vragen naar bijwerkingen op seksualiteit. Dat er geluisterd wordt, dat men wordt gehoord worden en dat de oorzaak van de klachten wordt bevestigd, kan helpend zijn in de acceptatie van bijwerkingen. Eén van de respondenten gaf aan dat zij het pret-

tig had gevonden als gevraagd werd of zij met de bijwerkingen kon leven. Ook noemde een respondent dat het belangrijk is als behandelaren zich beseffen hoeveel impact deze bijwerkingen kunnen hebben en hoe kwetsbaar je als cliënt bent. Een aantal respondenten zeiden dat zij het prettig zouden vinden als zij meer betrokken worden in de keuze voor een medicijn en dat voorlichting over de mogelijke bijwerkingen wenselijk is.

Positieve factoren zijn volgens de respondenten het vertrouwen in een behandelaar, wat mede kan ontstaan als cliënt en behandelaar elkaar langer kennen. Factoren als leeftijd en geslacht van de behandelaar kunnen bepalend zijn voor de mate waarin men zich op gemak voelt om seksuele problemen te bespreken, maar worden niet eenduidig genoemd. Vermeend tijdgebrek, laagfrequent contact en korte contactmomenten worden door cliënten als belemmerend gezien voor een gesprek met diepgang.

Discussie

Ondanks dat de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Alphen *et al.*, 2012) adviseert om seksuele functiestoornissen na de start van antipsychotica en daarna jaarlijks uit te vragen, is dat bij deze onderzoekspopulatie achterwege gebleven. Knegtering *et al.* (2007) schreven dat er sprake is van taboe rondom het thema seksualiteit. De respondenten in dit onderzoek bevestigen dat er sprake is van taboe door het ervaren van verlegenheid en schaamte. Dat seksuele functiestoornissen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven is reeds eerder beschreven (Knegtering *et al.*, 2004; Quinn & Browne, 2009) en is alleen maar bevestigd in het huidige onderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek zijn daarmee enerzijds een bevestiging van enkele eerdere onderzoeken waarin geconcludeerd werd dat bijwerkingen op seksualiteit onvoldoende aandacht krijgen binnen de spreekkamer. Anderzijds biedt dit onderzoek inzicht in het perspectief van de cliënt in het algemeen, die behoefte heeft aan het bespreken van dergelijke bijwerkingen en hieromtrent belemmeringen ervaart. De respondenten in dit onderzoek benadrukken het belang van het bespreken van seksuele bijwerkingen, in tegenstelling tot psychiaters die denken dat patiënten hier liever niet over praten (Voermans, Peen, & Hengeveld, 2012). Dat hulpverleners bang zijn voor het beschadigen van de therapeutische relatie, of bang zijn dat de cliënt geschokt zal zijn wanneer er naar seksualiteit gevraagd wordt (Nnaji & Friedman, 2008; Quinn, Happell, & Browne, 2012), kan gezien de bevindingen uit het huidige onderzoek als onterecht worden beschouwd.

Beperkingen

Voor dit onderzoek konden slechts zes mensen geïncludeerd worden. Door de beperkte omvang van de steekproef werd geen datasaturatie bereikt. Ondanks dat de laatste interviews weinig nieuwe informatie opleverden, kan slechts voorzichtig gesproken worden van overdraagbaarheid van de resultaten (Polit & Beck, 2012). Er is sprake van selectiebias doordat alleen cliënten werden geïnterviewd die reeds aan een ander onderzoek naar intimiteit en seksualiteit hadden deelgenomen.

Conclusie

De geïnterviewde cliënten van ... geven aan dat de seksuele functiestoornissen die zij ervaren vaak niet worden besproken. Behandelaren vragen hier niet naar, en meer dan eens werd een genoemde klacht niet serieus genomen. Cliënten ervaren soms een drempel om dergelijke klachten te bespreken door gevoelens van schaamte en verlegenheid. Men benadrukt de impact van seksuele functiestoornissen op het dagelijks leven. De voorschrijvers zouden zich bewust moeten zijn van de essentie van het bespreken van seksuele functiestoornissen en de schaamte rondom dit onderwerp, zeker als de stoornissen het gevolg zijn van de medicatie die men voorschrijft. Er ligt een taak voor behandelaren om hierin het voortouw te nemen. De geïnterviewden denken echter dat behandelaren dergelijke klachten mogelijk niet belangrijk genoeg vinden, omdat zij de werking van het medicijn voorrang geven, of omdat zij denken dat cliënten niet bezig zijn met seksualiteit. Vanuit het perspectief van de cliënt is terughoudendheid hierin niet langer passend; juist het rechtstreeks uitvragen van dergelijke bijwerkingen en het erkennen van de impact voor iemands leven worden gezien als belangrijke aspecten. Het geven van voorlichting over seksuele functiestoornissen die kunnen ontstaan, kan vragen en onzekerheden mogelijk wegnemen maar dient bovendien als opening voor een gesprek hierover. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie, maar ook het hebben van meer contact met de behandelaar, worden als helpend gezien. Het is aanbevolen om dit onderzoek te herhalen met gebruik van een grotere steekproef om zo de overdraagbaarheid te vergroten. Het zou tevens interessant zijn om te onderzoeken wat behandelaren aan voorlichting en training nodig hebben om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Literatuur

- Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Geraadpleegd op 19 december 2018, van <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-schizofrenie-2012.pdf>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Centrale Commissie mensgericht onderzoek (2019). *Uw onderzoek wmo plichtig of niet*. Geraadpleegd op 21 maart 2019, van <http://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-pliktig-of-niet>
- De Jager, J., Wolters, H.A., & Pijnenborg, G.H.M. (2016). Jongeren met een psychotische kwetsbaarheid over seksualiteit, intimiteit en relaties: Een exploratief onderzoek middels focusgroepen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(3), 223-227.
- De Ruijter, M. (2017). *Somatische Mini Screen*. Geraadpleegd op 24 februari 2019, van <https://www.platformpsychofarmaca.nl/assets/Meetinstrumenten/Somatische-mini-Screen-en-algoritme-2018-w.pdf>
- Floris, M., Lecompte, D., Nayer, de, A., Mertens, C., Mallet, L., Vanden-driessche, F., Detraux, J. (2002). Antipsychotica en seksuele stoornissen. *Supplement bij Neuron*, 7(2), 1-9.
- Katz, A. (2005). Do ask, do tell: Why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *American Journal of Nursing*, 105(7), 66-68.
- Kelly, D.L., & Conley, R.R. (2004). Sexuality and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 767-779
- Knegtering, H., Castelein, S., & Bruggeman, R. (2004). Vaak seksuele functiestoornissen door antipsychotica, vooral bij prolactineverhoging. Resultaten van een aantal vergelijkende onderzoeken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 140-146.
- Knegtering, H., Bruggeman, R., Castelein, S., & Wiersma, D. (2007). Antipsychotica en seksueel functioneren bij mensen met psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(10), 733-742.
- Knegtering, H., & Wolters, H. (2000). *LUNTERS NL*. Geraadpleegd op 24 februari 2019, van <https://www.platformpsychofarmaca.nl/assets/Meetinstrumenten/LUNTERS.pdf>
- MAXQDA (Versie 12.2.1) [computerprogramma]. Berlijn: VERBI Software
- Nnaji, R.N., & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32, 208-210.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaard psychose*. Geraadpleegd op 14 december 2018, van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>
- Peuskens, J., Sienaert, P., & De Hert, M. (1998). Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *Eur Psychiatry*, 13(1), 23S-30S.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Quinn, C., & Browne, G. (2009). Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 195-203.
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2012). Opportunity lost? Psychiatric medications and problems with sexual function: a role for nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 415-423.
- Shell, J.A. (2007). Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics Of North America*, 42, 685-696.
- Van Manen, M. (2005). Fenomenologie: Een kwalitatieve stroming met een verscheidenheid aan tradities. *Tijdschrift voor kwalitatief onderzoek*, 10(1), 30-36.
- Voermans, J.M., Van, H.L., Peen, J., & Hengeveld, M.W. (2012). Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 9-16.
- Zorginstituut Nederland. (2018). *Het aantal gebruikers van antipsychotica*. Geraadpleegd op 14 december 2018, van <https://www.gipdatabank.nl/databank#/g//85psy/gebr/bijlage>

Samenvatting

Achtergrond en doel: Het gebruik van antipsychotica leidt vaak tot seksuele functiestoornissen. Deze verminderen de kwaliteit van leven en zijn een bekende oorzaak van therapieontrouw. Seksuele functiestoornissen worden onvoldoende bespreekbaar gemaakt door zowel behandelaren als patiënten. De laatste noemen schaamte, verlegenheid, en taboe als redenen. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen, wensen en behoeften van patiënten met het bespreken van seksuele problemen als gevolg van antipsychoticagebruik. Behandelaren kunnen deze kennis gebruiken om het bespreken van seksuele problemen te optimaliseren.

Methode: Er zijn diepte-interviews afgenomen bij zes cliënten die antipsychotica gebruiken en seksuele problemen ervaren. De interviews zijn getranscribeerd, en de data-analyse vond plaats aan de hand van het model van Colaizzi en met behulp van MAXQDA.

Resultaten: De geïnterviewden zijn terughoudend in het bespreken van seksuele problemen door verlegenheid en schaamte. De voorlichting over dergelijke bijwerkingen wordt als onvoldoende ervaren, evenals het uitvragen van klachten door voorschrijvers. Een begripvolle reactie en een gesprek over alternatieven worden als wenselijk gezien.

Conclusie: Voorschrijvers van antipsychotica zouden betere voorlichting moeten geven over de seksuele functiestoornissen die kunnen ontstaan bij het gebruik van antipsychotica. Behandelaren zouden het initiatief moeten nemen om dergelijke klachten uit te vragen en deze klachten serieus nemen.

Trefwoorden: Antipsychotica, seksuele functiestoornissen, voorlichting