

Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode.

Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen

Ruth Borms¹ & Katrien Vermeire¹

¹ *Sensoa vzw, Antwerpen*

Samenvatting

De Onder 4 Ogen methode (O4O) helpt - in eerste instantie - huisartsen bij het proactief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid met hun patiënten. Onderzoek wijst immers uit dat huisartsen het bespreken van seksuele gezondheid vermijden omwille van verschillende drempels zoals gebrek aan kennis, vaardigheden en de angst om te intrusief binnen te treden in de privésfeer van de patiënt. De O4O methode pakt deze hindernissen aan en bevat een eenvoudig, hands-on stappenplan om seksuele gezondheid proactief te bespreken.

De methode wordt in Vlaanderen geïmplementeerd bij zowel praktiserende huisartsen als bij huisartsen in opleiding. Het maakt deel uit van een navormingspakket dat - dankzij een projectsubsidie van de Vlaamse overheid - gedurende vijf jaar aangeboden wordt aan één derde van alle Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK). Daarnaast is de Onder 4 ogen methode en de toepassingen ervan opgenomen in het verplicht curriculum van de huisarts in opleiding.

Het navormingspakket wordt door de deelnemende praktiserende huisartsen zeer positief geëvalueerd: de Onder 4 ogen methode is een meerwaarde om seksuele gezondheid te bespreken en bijna driekwart heeft de intentie om seksuele gezondheid meer te zullen bespreken. Bovendien blijkt dat de helft van de huisartsen dit vier weken na de navorming ook daadwerkelijk gedaan heeft.

De huisarts is een belangrijke, maar niet de enige zorgprofessional die een taak heeft in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Daarom wordt de Onder 4 Ogen methode ook ingezet bij niet-medische zorgprofessionals om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken binnen psychosociale hulpverlening.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt dat seksuele gezondheid een essentieel onderdeel is van gezondheid. Meer nog, seksuele gezondheid wordt gedefinieerd als "een met seksualiteit verbonden toestand van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn; het is niet enkel de afwezigheid van ziekte, disfunctie. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; vrij van dwang, discriminatie en geweld" (WHO, 2006).

Vlaanderen heeft kwaliteitsvolle gespecialiseerde hulpverlening rond seksuele gezondheid ter beschikking. Zo zijn er gespecialiseerde centra voor abortus,

slachtoffers van seksueel geweld kunnen onder meer terecht in de 'Zorgcentra na seksueel geweld' en testen kan bij de huisarts of anoniem in een laagdrempelig testcentrum. Mensen met hiv worden multidisciplinair opgevolgd binnen hiv-referentiecentra. Voor seksuele gezondheidsproblemen of advies kan men ook terecht bij seksuologen. Meer nog, er ligt een advies klaar van de Hoge Gezondheidsraad om klinische seksuologen te erkennen als een autonoom gezondheidsberoep (Hoge Gezondheidsraad, 2016). In afwachting daarvan hanteert de Vlaamse Vereniging voor Seksuologen strikte toelatingsvoorwaarden om een pool van goed opgeleide seksuologen ter beschikking te stellen om aldus de kwaliteit van de geboden zorg te waarborgen wanneer mensen de stap durven zetten om hulp te zoeken voor hun seksuele problemen.

Hoewel er een uitgebreide hulpverlening is voor seksuele gezondheid, blijven er in Vlaanderen heel wat vragen onbesproken en geraken mensen niet tot bij de juiste hulpverlening. Zo wees het Sexpert onderzoek bijvoorbeeld uit dat 85% van de mensen met een seksuele disfunctie nog nooit contact gehad hebben met een zorgverstrekker (Hendrickx & Enzlin, 2013). Moge-

Ruth Borms is klinisch seksuoloog en beleidsmedewerker seksueel welbevinden bij Sensoa vzw
Katrien Vermeire is socioloog en beleidsmedewerker gezinsplanning en anticonceptie bij Sensoa vzw

Correspondentieadres: ruth.borms@sensoa.be

Ontvangen: 7 april 2020; Geaccepteerd: 24 augustus 2020

lijks weten ze niet bij wie ze terecht kunnen, denken ze dat hun probleem normaal is of durven ze geen hulp te zoeken omwille van een schaamtegevoel (Hendrickx & Enzlin, 2013). Hierdoor blijven heel wat moeilijkheden of bezorgdheden rond seksuele gezondheid nog steeds onbesproken.

Inzetten op het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de eerste lijn door gezondheids- en zorgverstrekkers is dus belangrijk. Niet enkel met het oog op detecteren van seksuele gezondheidsproblemen, ook in kader van preventie en inzetten op het seksueel welzijn (Nusbaum & Hamilton, 2002). Bovendien wordt het belang van het bespreekbaar maken ondersteund door het PLISSIT model van Annon (Annon, 1976). Hij ontwikkelde begin jaren zeventig dit model waarin hij vier verschillende niveau's van behandeling voor seksuele problemen naar voor schuift: permissie (P), beperkte informatie (LI), specifieke suggesties (SS) en intensieve therapie (IT). Het is een *stepped-care* aanpak waarbij de interventies worden onderscheiden gaande van eenvoudig naar complex en het verenigt zowel preventieve als curatieve elementen (Kruijver, Bender & Meesters, 2015). Dit model geeft het belang aan om ruimte en toelating te geven (*giving permission*) aan de patiënt om te mogen praten over zijn seksuele bezorgdheden. De meeste mensen zijn hiermee reeds geholpen omdat het beluisteren van het verhaal de mogelijkheid biedt om erkenning en normalisering te bieden. Hoewel dit model reeds in de jaren '70 werd ontwikkeld, is het nog steeds erg actueel. Het gebruik en het effect van dit model voor behandeling van seksuele problemen bij uiteenlopende ziektebeelden werd meermaals aangetoond (Ayaz & Kubilay, 2009; Chun, 2011; Rostamkhani et al., 2015; Faghani & Ghaffari, 2016; Bennett, 2019).

Nochtans is het bespreken en informeren over seksuele gezondheid niet ingebed in de dagdagelijks praktijk van de eerste lijn (Byers, 2011). Voor heel wat zorg- en gezondheidsverstrekkers is proactief praten over seksuele gezondheid geen evidente opdracht (Gott, Galena, Hinchliff & Elford, 2004). Internationale studies tonen aan dat huisartsen het bespreken van seksuele gezondheid vermijden omwille van verschillende factoren. De meest voorkomende drempels die worden aangegeven zijn gebrek aan kennis, gebrek aan vaardigheden, het niet intrusief willen binnentreden in de privésfeer van de patiënt, het ontbreken van een directe aanleiding, eigen gevoelens van schaamte en ongemak, verwachting dat de patiënt dit zelf ter sprake brengt, aanwezigheid van een derde of de veronderstelling dat patiënten deze vragen ongeschikt zouden vinden (Gott et al., 2004; Dyer & Nair, 2013; Haboubi & Lincoln, 2003; Birkhoff et al., 2016; Komlenac & Hochleitner, 2019). Of deze laatste aanname ook klopt, werd in bevragingen bij patiënten weerlegd (Wendt et al., 2007; Meystre-Agustoni et al., 2011; Latreille et al., 2014). Het merendeel van de patiënten percipieert vragen over seksuele gezondheid als normaal en wensten dat de arts deze

vraag aan hen zou stellen (Meystre-Agustoni et al., 2011; Leusink et al., 2019). In Vlaanderen zijn er weinig recente onderzoeken naar de drempels bij huisartsen. In 2007, onderzochten Verhoeven en collega's welke drempels huisartsen ervaren in het bespreekbaar maken van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Het gebrek aan tijd en training, een taalbarrière, aanwezigheid van een derde, afwezigheid van symptomen, angst om de patiënt in verlegenheid te brengen werden als hinderende factoren aangehaald (Verhoeven, 2007). Sensoa bevroeg 102 huisartsen (Sensoa, 2016) tijdens de Huisartsenconferentie van 2016 (georganiseerd door Domus Medica). Hieruit bleek dat bijna alle deelnemers (94%) seksuele gezondheid meer ter sprake zouden willen brengen. Om dit te doen heeft 89% nood aan meer kennis rond dit thema. Bijna drie vierde (73%) van de artsen willen meer getraind worden om dit gesprek te voeren. Opvallend is dat slechts 2% van de bevraagde artsen aangaven geen nood te ervaren om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken. Hieruit concludeerde Sensoa dat er in Vlaanderen wel degelijk een draagvlak is bij huisartsen om seksuele gezondheid meer ter sprake te brengen bij hun patiënten. En dat het essentieel is om in de ondersteuning van huisartsen aandacht te schenken aan de drempels die zij ervaren om dit gesprek aan te gaan. Er werd een methode ontwikkeld die deze hindernissen aanpakt. In dit artikel wordt de ontwikkeling en implementatie van de methode beschreven alsook de resultaten van een evaluatie bij huisartsen besproken. Deze evaluatie focust ondermeer op in hoeverre de Onder 4 Ogen methode een impact heeft op de attitudes en vaardigheden om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.

We stellen hierbij als centrale vraag in hoeverre de Onder 4 Ogen methode bijdraagt aan het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid door huisartsen in Vlaanderen.

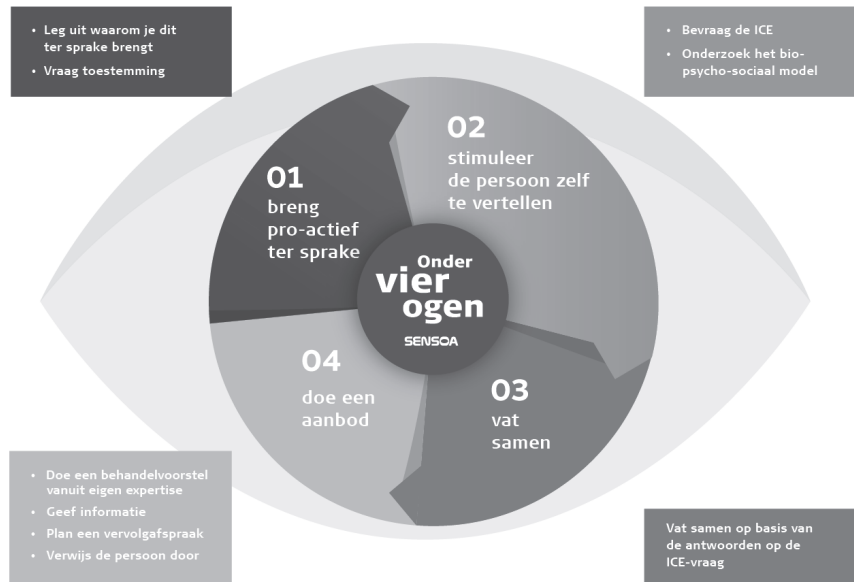
Methoden

Ontwikkeling en opbouw methodiek

Sensoa ontwikkelde in samenwerking met de beroepsorganisatie van huisartsen (Domus Medica), seksuologen (Vlaamse Vereniging voor Seksuologen) en een Sensoa Huisartsenstuurgroep de Onder 4 Ogen methode (Sensoa vzw,z.d.). De methode vindt zijn theoretische onderbouwing in verschillende (gespreks)modellen, het PLISSIT model (Annon, 1976), Motivationale Interviewtechnieken (Miller & Rollnick, 2006), ICE (Ideas, Concerns, Expectations) bevraging (Silverman, Kurtz & Draper, 2013) en het BioPsychoSociaal denkkader (Engel, 1977). Per stap worden kapstukken aangereikt die helpen om de stap concreet uit te voeren en toe te passen op verschillende seksuele gezondheidsthema's. De Onder 4 Ogen methode kan gebruikt worden om onder andere een soa of hiv-test, gezinsplanning (anticonceptie gebruik), seksualiteitsbeleving, seksueel overschrijdend geweld proactief en respectvol ter sprake te brengen. Sensoa werkte verschillende toepassingen verder

uit naargelang thema of specifieke doelgroep (Borms & Vermeire 2017; Borms & Vermeire, 2018, Sensoa vzw z.d.).

Figuur 1: Onder 4 ogen methode: Pro-actief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid.



In de eerste stap brengt de huisarts het onderwerp zelf ter sprake. De essentie in deze stap is om seksuele gezondheid op een niet-intrusieve manier ter sprake te brengen. Dit kan door aan de patiënt uit te leggen waarom seksuele gezondheid wordt aangekaart; een concreet aanknopingspunt van deze patiënt wordt gelinkt aan seksuele gezondheid. De verklaring waarom de huisarts dit concreet aanknopingspunt linkt aan seksuele gezondheid situeert zich op een algemeen niveau. Het veralgemenen kan door te verwijzen naar kennis ("We weten dat...") of ervaring ("We zien mensen die..."). Deze stap eindigt door de expliciete toestemming te vragen aan de patiënt om verder te gaan en vanuit deze veralgemening te focussen op de persoonlijke situatie van deze patiënt (stap 2). Deze aanpak om seksuele gezondheid ter sprake te brengen heeft een aantal voordelen. Het verduidelijkt aan de patiënt dat seksuele gezondheid ter sprake wordt gebracht vanuit een professionele intentie. Tegelijkertijd geeft het ook een impliciete boodschap van (h)erkenning mee. De patiënt hoort dat andere patiënten ook problemen kunnen ervaren met hun seksuele gezondheid en dat deze huisarts hier aandacht aan schenkt. Door expliciet toestemming te vragen om dit thema verder te bespreken, krijgt de patiënt een gedeeld eigenaarschap over dit gesprek. De arts krijgt de toelating van de patiënt om verder te exploreren. Hierdoor wordt één van de meest genoemde drempels door artsen om dit gesprek niet aan te gaan weggewerkt, namelijk de angst om té

intrusief te zijn. Toestemming vragen betekent ook dat de patiënt de mogelijkheid heeft om te weigeren. De rationale voor deze stap steunt op het PLISSIT model van Annon (Annon, 1976).

In de tweede stap bevraagt de huisarts of het seksueel gezondheidsthema van toepassing is op de patiënt. Deze tweede stap is erop gericht om het patiënten-perspectief te exploreren. De huisarts krijgt op het einde van stap 1 de toestemming het gesprek verder te zetten, in deze stap geeft de arts de patiënt de ruimte om zijn/haar verhaal te brengen (*giving permission*, Annon, 1976). Meer nog, de arts stimuleert de patiënt zijn/haar ervaringen en beleving met betrekking tot dit seksueel gezondheidsthema verder uit te diepen. Hiervoor kan hij/zij twee vragenkapstokken gebruiken. De eerste bestaat uit drie vragen afkomstig uit de ICE-gesprekstechniek (Silverman, Kurtz & Draper, 2013). Er wordt gepeild naar de thema's waar de patiënt zich (het meeste) zorgen over maakt (*Concerns*), welke ideeën of verklaringen (*Ideas*) de patiënt hier zelf over heeft geconstrueerd en welke verwachtingen of hoop hij/zij heeft (*Expectations*). Deze vragen nodigen de patiënt uit om te vertellen en dragen bij tot de arts-patiëntrelatie, wat leidt tot betere afstemming (Silverman, Kurtz & Draper, 2013). Daarenboven biedt het de huisarts inzicht in de prioriteiten die de patiënt stelt. Ook informatie-tekorten of foutieve informatie kunnen blootgelegd worden als de patiënt uitgenodigd wordt te vertellen over de eigen ideeën of verklaringen. De tweede vragenkap-

stok steunt op het BioPsychoSociaal model (BPSM, Engel, 1977). Dit geeft aan dat seksuele gezondheid net zoals gezondheid een integratie is van zowel biologische, psychologische als sociale componenten (Engel, 1977). Vertrekkend vanuit het BPSM kan de arts polsen of er lichamelijke, psychische en relationele factoren meespelen met betrekking tot het seksueel probleem. Ter volledigheid polst de huisarts naar positieve aspecten rond seksualiteitsbeleving om niet in een éézijdig probleemgericht verhaal terecht te komen.

In de derde stap vat de huisarts de antwoorden samen op basis van de gestelde vragen in stap 2 (de ICE-vragen en het BPSM). Deze techniek geeft de patiënt niet alleen het gevoel gehoord te zijn, een samenvatting helpt ook om het verhaal voor de patiënt te structureren. Daarenboven geeft deze techniek de arts de mogelijkheid om het gesprek terug in handen te nemen, aspecten uit te lichten of te benadrukken (Miller & Rollnick, 2006).

In de laatste stap zal een gedifferentieerd aanbod op maat van deze patiënt voorgelegd worden. Naast een (eventueel) medisch behandelplan, kan dit aanbod ook bestaan uit: een vervolgspraak inplannen, het aanreiken van informatie en/of interdisciplinair doorverwijzen. In dit gedifferentieerd aanbod wordt de rationale van het PLISSIT model (Annon, 1976) gevolgd. Door een vervolgspraak in te plannen, geeft de arts opnieuw de ruimte aan de patiënt om zijn verhaal te brengen (*Permission giving*) en kan een volledig consult hieraan gewijd worden. Sommige patiënten hebben ook informatiekorten rond seksuele gezondheid. Door de exploratie in stap 2 kan de arts inschatten of deze patiënt ook nood heeft aan informatie op maat (*Limited Information*). Dit kan door de arts zelf aangebracht worden of hij/zij kan doorverwijzen naar websites die degelijke seksuele gezondheidsinformatie bevatten. Afhankelijk van de biopsychosociale exploratie in stap 2, is inzetten op interdisciplinaire samenwerking aangewezen en kan een doorverwijzing geïndiceerd zijn (*Intensive Therapy*). In het PLISSIT model worden ook Specifieke Suggesties als behandelinterventie aangereikt. Binnen de Onder 4 Ogen methode wordt dit niet expliciet opgenomen omdat dit specifieke kennis en competenties veronderstelt die niet algemeen verwacht worden van huisartsen. Dit neemt niet weg dat heel wat huisartsen op basis van persoonlijke interesse en ervaring in deze thema's in staat zijn om Specifieke Suggesties aan te reiken.

De huisarts als prioritaire doelgroep

De Onder 4 Ogen methode werd in eerste instantie ontwikkeld voor huisartsen met als doel hen te sensibiliseren en te ondersteunen bij het zelf bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. De keuze om huisartsen als eerstelijns gezondheidsberoep te ondersteunen lag

voor de hand omwille van hun groot bereik. Zo heeft in België 94.1% een vaste huisarts (Drieskens et al, 2018). Geen enkel ander gezondheidszorg beroep bereikt zo'n groot deel van de volwassenen. Deze keuze om de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk te verbeteren werd ook opgenomen in de aanbevelingen van het valorisatielook van het Sexpert onderzoek (Buysse e.a., 2013).

De Onder 4 Ogen methode werd opgenomen in een navormingspakket dat werd aangeboden aan Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) waaraan huisartsen verplicht zijn om meermaals per jaar aan deel te nemen.

Evaluatie opzet

Om te evalueren of de Onder 4 Ogen methode de vooropgestelde doelen bereikt, werd gebruikt gemaakt van de evaluatiegegevens van de vorming voor huisartsen rond de methode. Gezien een voor- en nameting bij de deelnemers en een controlegroep niet binnen de mogelijkheden ligt van het expertisecentrum, betreft dit geen gestandaardiseerde effectmeting. Er werd gekozen voor een impactmeting bij deelnemers van de vorming, waarbij gevraagd werd hoe zij zelf de impact van de methode op hun attitude, vaardigheden en gedrag evalueren. Bij een impactmeting gaat het dus om het evalueren van het subjectieve effect. Dit gebeurde via een korte schriftelijke vragenlijst afgenomen na de vorming. De vragenlijst peilde naar het belang dat de arts hecht aan het zelf bespreekbaar maken van seksuele gezondheid bij de patiënten, en dit zowel voor als na de vorming. Er werd ook gepeild naar de mate waarin de arts drempels ervoer om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken vóór de vorming en in welke mate de vorming bijdraagt aan het omgaan met deze drempels. De vragen konden beantwoord worden aan de hand van een Likertschaal gaande van 1 tot 10. Ook peilde de vragenlijst naar de mate waarin de arts reeds vóór de vorming seksuele gezondheid proactief ter sprake bracht en of de arts van plan is om dit na de vorming meer te doen (ja - neen - weet het niet - ik deed het al voldoende).

Sensoa verwerkte en analyseerde de evaluatieformulieren van de vorming. Na een periode van 4 weken werden de deelnemers opnieuw uitgenodigd om een korte online bevraging in te vullen. Met deze bijkomende evaluatie werd gepeild of de vorming concreet iets veranderd had in de praktijk van de artsen. Er werd bevestigd in hoeverre de deelnemers seksuele gezondheid proactief bespreekbaar maken en welke belemmerende en bevorderende factoren ze (nog) ervaren. De resultaten die in dit artikel besproken worden zijn gebaseerd op de evaluaties van 43 navormingen waar 491 huisartsen aan hebben deelgenomen tijdens de periode november 2018-december 2019.

Implementatie

De Onder 4 Ogen methode werd ontwikkeld en geïmplementeerd bij huisartsen. Er werd ingezet op implementatie via twee sporen; enerzijds naar huisartsen die werkzaam zijn in de praktijk, anderzijds naar huisartsen in opleiding. De implementatie naar praktiserende huisartsen verliep in samenwerking met Domus Medica¹. Er werd een navormingspakket ontwikkeld 'Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid' dat werd aangeboden aan Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK). Sensoa verkreeg in 2017 een driejarige projectsubsidie van de Vlaamse overheid in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid met als doel om praktiserende huisartsen te sensibiliseren en te ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Deze financiering maakte het mogelijk om het navormingspakket gratis aan te bieden aan 60 Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) in samenwerking met Domus Medica. Het navormingspakket werd in duo gegeven door een huisarts en een seksuoloog die hiervoor een training voor trainers hebben gekregen. Deze training bestond uit het overlopen van het draaiboek en de powerpoint van de LOK en werd gegeven door een Sensoa (seksuoloog) en een Domus Medica (huisarts) medewerker.

De implementatie bij studenten huisartsengeneeskunde verliep in samenwerking met het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) en de universiteiten die aan Nederlandstalige artsen-in-opleiding een master huisartsengeneeskunde aanbieden. In 2018 werd er gewerkt aan een hervorming van de huisartsenopleiding (master na master). Samen met de steun van verschillende partnerorganisaties stuurde Sensoa een oproep 'Seksuele gezondheid moet meer op de agenda komen in de huisartsenopleiding' uit naar de verschillende universiteiten (Sensoa, 2017). Deze oproep werd positief beantwoord. Mede door de steun van het ICHO en de Sensoa stuurgroep Huisartsen werd Sensoa uitgenodigd om bij te dragen tot de hervormingsoefening en het thema seksuele gezondheid werd opgenomen in het verplicht curriculum onder de cluster 'gendergerelateerde zorg'. Sensoa ontwikkelde samen met de docenten van de verschillende universiteiten lespakketten voor vier dagdelen. In consensus werd beslist dat één dagdeel volledig aan de Onder 4 Ogen methode gewijd wordt. De drie andere dagdelen verdiepen in seksuele gezondheidsthema's (seksuele diversiteit, reproductiviteit en urologische klachten) waar telkens de link naar het bespreekbaar maken met de patiënt wordt gelegd. Dit betekent dat de Onder 4 Ogen methode en de toepassingen, simultaan op vier verschillende universiteiten door de eigen docenten in het verplicht curriculum gegeven wordt. De lespakketten werden voor het eerst aangeboden in het academiejaar 2018-2019.

Evaluatieresultaten

De evaluatie van het navormingspakket werd door 466 deelnemers ingevuld. Bijna alle (99%) respondenten waren ervan overtuigd dat het proactief ter sprake brengen van seksuele gezondheid belangrijker was dan ze voor de LOK-vorming dachten. De meeste respondenten (97%) vonden de gespreksmethodiek Onder 4 Ogen een meerwaarde om seksuele gezondheid te bespreken. Peilend naar de intentie om seksuele gezondheid meer te bespreken, gaf bijna driekwart aan (72%) dat ze dit van plan waren. Slechts 2% van de respondenten gaf aan dat ze seksuele gezondheid niet meer dan voorheen zouden bespreken, 10% meldde dat ze dit reeds voldoende bespraken. Wat betreft de na-evaluatie (4 weken na de navorming) werd een *response rate* van 36% bereikt. Deze *response rate* ligt duidelijk lager dan deze bij de meting onmiddellijk na de vorming. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk; de methode van afname was verschillend. Vlak na de vorming werden de deelnemers schriftelijk bevraagd, de na-evaluatie werd online afgenomen. Wegens de algemene verordening gegevensbescherming wetgeving (General Data Protection Regulation of GDPR) kon de link naar de online bevraging niet rechtstreeks naar de deelnemers gestuurd worden en gebeurde dit via de organisator van de vorming, wat een extra drempel is. Vier weken na de LOK-navorming bleek dat meer dan de helft van de respondenten seksuele gezondheid meer proactief ter sprake brachten (sinds de LOK). Zestig procent van de respondenten gaven aan dat ze minder drempels ervoeren om seksuele gezondheid te bespreken dan voor ze de LOK-vorming hadden gevolgd.

Discussie

Om mensen tot bij de juiste hulpverlening te krijgen en om de seksuele gezondheid van de Vlaming te bevorderen is het belangrijk dat het gesprek rond dit thema geïntegreerd wordt in de eerstelijnsgezondheidszorg. Maar professionals vermijden het proactief bespreken van seksuele gezondheid omwille van verschillende drempels zoals gebrek aan kennis en gebrek aan vaardigheden. Sensoa ontwikkelde in samenwerking met beroepsorganisatie van huisartsen en seksuologen en een Sensoa Huisartsenstuurgroep de Onder 4 Ogen methode om ondersteuning te beiden bij het aangaan van het gesprek. De ontwikkeling was onder meer gesteund op het PLISSIT model, maar werd op maat geherformuleerd en aangevuld met gesprekstechnieken zodat deze Onder 4 Ogen methode tegemoet komt aan de hinderende factoren die huisartsen tegenhouden om dit gesprek aan te gaan. De essentie zit in het proactief aanklaarten, zonder ongevraagd binnen te treden in de privésfeer van de patiënt. Verdergaand op

¹ Domus Medica vzw behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw en bevordert de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid (www.domusmedica.be)

de WHO-definitie focust de methode op het holistisch exploreren van de belevingsaspecten van seksuele gezondheid. Het houdt rekening met het beperkte tijdsbestek binnen een huisartsenconsultatie en biedt een kapstok om een gedifferentieerd hulpaanbod te formuleren.

De evaluatie van deze methode is gebaseerd op een impactmeting bij deelnemers aan vormingen over deze methode. De impactmeting bij 491 Vlaamse huisartsen leverde positieve resultaten wat betreft de meerwaarde van de Onder 4 Ogen methode. Huisartsen geven aan dat deze methode hen helpt om de drempels die ze hebben om dit gesprek aan te gaan, te verminderen. Meer dan de helft gaf aan dat ze seksuele gezondheid meer bespraken na de navorming over de O4O methode. Op basis van deze positieve tussentijdse resultaten werd de projectsubsidie verlengd (2020-2022) en werd een budget toegekend om 87 extra navormingen in LOK-bijeenkomsten gratis aan te bieden. Dit betekent dat tegen het einde van deze subsidie één derde van alle Lokale Kwaliteitsgroepen (Vlaanderen en Brussel) opgeleid zullen zijn in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid met behulp van de Onder 4 Ogen methode.

Een effectmeting waarbij gebruik werd gemaakt van een voor- en nameting zou ons toelaten om hardere uitspraken te formuleren over het effect van deze methode. Een bevraging bij patiënten van de deelnemende artsen zou informatie kunnen geven over hoe de patiënten deze gesprekken ervaren. De evaluatie stelde op de subjectieve inschatting door de huisarts zelf. Er is geen voor- en nameting gebeurd, dus we kunnen geen verschillen in gedrag voor en na de navorming meten. Niettegenstaande deze limitatie van het huidig onderzoek, zijn onze resultaten hoopgevend. Tegelijk blijft het een uitdaging om deze gedragsverandering vol te houden op langere termijn. Huisartsen geven te kennen dat dit thema snel op de achtergrond geraakt en dat reminders (bijvoorbeeld in nieuwsberichten) helpend kunnen zijn om dit te voorkomen (Sensoa, 2016). Daarnaast worden er ook andere pistes onderzocht zoals een intervisie-aanbod om artsen ervaringen te laten uitwisselen. Een verandering op lange termijn zou bovendien ondersteund moeten worden door structurele aanpassingen. Zo zou seksuele gezondheid standaard opgenomen kunnen worden in het elektronisch medisch dossier of een financiële tegemoetkoming voorzien worden voor huisartsen die dit thema bespreekbaar maken.

Het belang van sensibilisering en ondersteuning van huisartsen rond dit thema zien we ook in Nederland. Daar ontwikkelde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) reeds in 2015 een richtlijn rond seksuele klachten (NHG standaard, 2015). Gezien de ervaren drempels voor artsen in Vlaanderen en Nederland op vele vlakken gelijkaardig is, zal Rutgers in samenwerking met Sensoa een interactieve tool ontwikkelen op

basis van de Onder 4 Ogen methode. Verdere uitrol en samenwerking wordt bekeken.

De huisarts is een belangrijke, maar niet de enige zorgprofessional die een taak heeft in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid (Aanbevelingen Eindrapport Seksuele gezondheid, Agentschap Zorg en Welzijn, 2018). Om de seksuele gezondheid van de Vlaaming te bevorderen is het belangrijk dat meer zorgprofessionals proactief seksuele gezondheid aankaarten. De Onder 4 Ogen methode is dan wel in eerste instantie ontwikkeld voor huisartsen, het kent zijn toepasbaarheid en bruikbaarheid ook voor andere zorg- en gezondheidsprofessionals. Afhankelijk van hun functie kunnen seksuele thema's meer uitgelicht worden met behulp van Onder 4 Ogen methode. Momenteel lopen er verschillende Onder 4 Ogen opleidingen bij niet-medische zorgprofessionals om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken binnen psychosociale hulpverlening. Sensoa rolt daarnaast ook trajectbegeleidingen uit op teamniveau en ijvert om seksuele gezondheid met behulp van deze methode te integreren in de opleiding verpleegkunde en orthopedagogie. Verder zal er verkend worden of vroedvrouwen en gynaecologen als gezondheidsberoep een meerwaarde ondervinden van de Onder 4 Ogen methode.

Tot slot benadrukken we dat zowel binnen medische als niet-medische gezondheidszorg-settings het uitermate belangrijk is om seksuele gezondheid als thema te verankeren in een algemeen gezondheidsbeleid. Deze omkadering draagt bij tot en ondersteunt de individueel gemotiveerde gezondheidswerker in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid op lange termijn.

Literatuur

- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*, 18(1), 89-98.
- Agentschap Zorg en Welzijn (2018). *Aanbevelingen Eindrapport Seksuele gezondheid*. Geraadpleegd van: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/symposium-seksuele-gezondheid-op-14-december-2018>
- Annon J. (1976). The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2 (1), 1-15.
- Borms, R., & Vermeire, K. (2017). Hoe seksuele gezondheid ter sprake brengen? Huisartsen kunnen seksmythes weerleggen. *Huisarts Nu*, 46, 227-31.
- Borms, R., & Vermeire, K (2018). Hoe kan de huisarts seksuele gezondheid ter sprake brengen? Toepassing van het 'Onder vier ogen' stappenplan bij pijn bij het vrijen. *Huisarts Nu*, 5, 225-229.
- Bennett, M. (2019). PLISSIT Interventions and Sexual Functioning: Useful Tools for Social Work in Palliative Care? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(4), 157-174.
- Birkhoff, E.M., Krouwel, E.M., Nicolai, M. P., de Boer, B. J., Beck, J.J., Putter, H., Pelger, R. C. & Elzevier, H. W. (2016). Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *European Journal General Practice*, 22(2), 126-133.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van

- Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen*, Academia Press, Gent.
- Byers, E. (2011). Beyond the Birds and the Bees and Was It Good for You? Thirty Years of Research on Sexual Communication. *Canadian Psychology*, 52(1), 20-28.
- Chun, N. (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs*, 41(4), 471-480.
- Drieskens, S., Berete, F., Van der Heyden, J., Demarest S., Charafeddine R., Gisle L., Renard F., Scohy A., Hermans L. & Braekman E. (2018). Gezondheidsenquête 2018: *Gebruik van gezondheidsdiensten. Samenvatting van de resultaten. Rapportnummer: D/2020/14.440/30* Geraadpleegd van www.gezondheidsenquête.be.
- Dyer, K. & das Nair, R., (2013). Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658-2670.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129-136.
- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 17(11):4845-4851.
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff S. & Elford H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528-536.
- Haboubi, N.H. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hendrickx, L. & Enzlin, P. (2013). Seksuele disfuncties. In Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (Eds.), *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 193-216). Gent: Academia Press.
- Hoge Gezondheidsraad (2016). *Klinische seksuologie Brussel: HGR; Advies nr. 9333*. Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9333_seksuologie_a5.pdf
- Komlenac, N. & Hochleitner, M. (2019). Predictors for Low Frequencies of Patient-Physician Conversations Concerning Sexual Health at an Austrian University Hospital. *Sexual Medicine*, 8(1), 100-106.
- Kruiver, E; Bender & J., Meesters, J. (2015) "Ja! Seks kan gerevalideerd worden!" Revalidatieseksuologie bij Sophia Revalidatie als voorbeeld van good practice. *Tijdschrift voor seksuologie*, 39(3),96-100.
- Latreille, S., Collyer, A. & Temple-Smith, M. (2014). Finding a segue into sex: Young men's views on discussing sexual health with a General Practitioner. *Australian Family Physician*, 43(4), 217-21.
- Leusink, P., Steinmann, R., Makker, M., Lucassen, P.L., Teunissen, D., Lagro-Janssen, A.L. & Laan, E. (2019). Women's appraisal of the management of vulvodinia by their general practitioner: a qualitative study. *Family Practice*, 36(6), 791-796.
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., de Heller, K., Pécoud, A., Bodenmann, P. & Dubois-Arber, F. (2011). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly*, 141, 13178.
- Miller W., & Rollnick S. (2006). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia.
- NHG Standaard (2015). *Seksuele klachten*. Geraadpleegd van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/seksuele-klachten>
- Nusbaum, M. & Hamilton, C. (2002). The Proactive Sexual Health History. *American Academy of Family Physicians*, 66(9), 1705-1712.
- Rostamkhani, F., Jafari, F., Ozgoli, G., & Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 139-146
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper J. (2013). *Skills for communicating with patients (3rd edition)*. CRC Press, Taylor and Francis Group, New York.
- Sensoa (2016, 15 oktober), Rapport huisartsenbevraging op Huisartsenbeurs Expo Antwerpen (intern rapport)
- Sensoa. (2017, 16 februari). *Opraep: seksuele gezondheid in de huisartsenopleiding* (intern document).
- Sensoa vzw. (z.d.) *Als professional praten over seksuele gezondheid*. Geraadpleegd van <https://www.pratenoverseks.be>
- Verhoeven, V., Colliers, A. & Verste, A. (2007). Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders. *BMC Health Services Research*, 7, 149.
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerstahl, A., Baigi, A. & Marklund, B. (2007). Young Women's Sexual Health and Their Views on Dialogue with Health Professionals. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 86(5), 590-595.
- World Health Organization. (2006). *Sexual health document series. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geraadpleegd van https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Summary

Talking about sexual health using the One to One method. Development and implementation in the doctor's practice in Flanders

The One to One method (O2O) is a method to support general practitioners (GP) to initiate and discuss sexual health with their patients. Research has shown that GPs avoid discussing sexual health because of perceived barriers such as lack of knowledge or skills, or the fear of intrusion of the privacy of the patient. The O2O method addresses these barriers and provides a simple, hands-on step-by-step method to initiate and discuss sexual health. The method is offered in Flanders to general practitioners both in practice and in training. Funded by the Flemish government, a O4O training package has been developed and will be offered to one third of the local quality groups (LOK) to train general practitioners in practice. In addition, the One to One method and its applications are included in the mandatory curriculum of general practitioners in training. Practicing GP's evaluated the training package very positively. They agreed that the One to One method facilitates discussing sexual health. Almost 3 in 4 participants intended to discuss sexual health more often with patients. Moreover, 1 in 2 participating GP's declared that they actually did so in the four weeks following the training. The One to One method is not only of value to GPs. Conversations on sexual health can also be initiated by other health care professionals. Therefore, the One to one method is also valuable and thus offered to psychosocial or non-medical health care professionals.

Keywords: initiate sexual health discussions, sexual health, One to one method, general practitioner, communication method

Trefwoorden: proactief bespreekbaar maken, seksuele gezondheid, Onder 4 Ogen methode, huisarts, communicatiemethode