Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk

- Wat is de ervaring van patiënten?

Auteur: Aline Verschueren, Universiteit Antwerpen

Promotor: Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: dr. Luc Debaene, Svenja Vergauwen (Sensoa), dr. Katelijne Baetens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

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.

Voorwoord

Ik geloof persoonlijk dat seksuele gezondheid een cruciaal onderdeel van het algemene welzijn van elk persoon is. Verder vind ik het ook enorm belangrijk dat iedereen, laagdrempelig, toegang heeft tot juiste informatie over seksuele gezondheid. Vanuit deze overtuiging heb ik als student geneeskunde al het Project SoS binnen Emsa georganiseerd. Dit project gaf een enthousiaste groep studenten geneeskunde de kans om – na een opleiding van Sensoa[1] en dr. Luc Debaene – lessen seksuele opvoeding te geven aan leerlingen uit het 3de middelbaar. Dat project heeft me tijdens mijn studie zo veel voldoening en energie gegeven, dat ik besloot in die lijn verder te gaan toen ik als HAIO een onderwerp voor mijn masterthesis zocht. Ik nam daarom weer contact op met dr. Luc Debaene en Sensoa en na even brainstormen zijn we op dit onderzoek uitgekomen.

Ik heb de laatste jaren een erg fijne samenwerking gehad met Sensoa en in het bijzonder Ruth Borms en Svenja Vergauwen. Daarnaast wil ik zeker dr Luc Debaene extra bedanken voor zijn eeuwige enthousiasme en hulp, en bijdrage tijdens de bijscholingen. Ik ben mijn beide praktijkopleiders, dr. Katelijne Baetens en dr. Tine Vandenabeele, ook erg dankbaar voor de praktische steun en het nalezen van mijn werk. Tenslotte een dankwoordje voor mijn promotor prof. dr. Johan Vansintejan om de masterproef te overzien.

[1] Sensoa is het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid

Abstract

Achtergrond:
Huisartsen zien zichzelf als holistische zorgverleners, en ze erkennen het belang van seksuele gezondheid. Daartegenover staat dat seksuele gezondheid te weinig proactief besproken wordt in de huisartsenpraktijk. Er is al heel wat gekend over de ervaring van artsen rond dit onderwerp. Wat we echter nog niet wisten, is wat patiënten er zelf van vinden om seksuele gezondheid te bespreken met hun huisarts.

We trachtten daarom met dit onderzoek na te gaan of: a) Patiënten vinden dat de HA in de juiste positie is om over seksuele gezondheid te spreken.; b) Patiënten het waarderen als de HA proactief seksuele gezondheid ter sprake brengt.; en c) Patiënten een positief gevoel overhouden aan een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts.

Methode:
Een kwantitatieve studie in twee verschillende huisartsenpraktijken door middel van anonieme enquêtes bij patiënten. In deze enquête werd gepeild naar de ervaring en belevenis van de patiënt in verband met het gesprek rond seksuele gezondheid. Deelnemende huisartsen volgden eerst de LOK-bijscholing “Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid” waarbij rond het “Onder 4 Ogen” (O4O) model gewerkt wordt. Er werden 48 patiënten geïncludeerd, gaande van 18-SO48 jaar.

Resultaten:
Over het algemeen vonden de deelnemers het erg zinvol om met de huisarts over seksuele gezondheid te spreken. Ze hielden een overwegend positief gevoel over aan het gesprek rond seksuele gezondheid. Verder bleek ook dat de deelnemers de huisarts de geschikte persoon vinden om seksuele gezondheid mee te bespreken. Tenslotte waardeerden de patiënten het als de huisarts zelf het initiatief nam (of zou nemen) om seksuele gezondheid te bespreken.

In verschillende subgroepen werd geen noemenswaardig verschil gevonden wat betreft de ervaring of wensen van de patiënten.

Conclusie:
De resultaten uit deze studie wijzen op het belang van het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. De studie toont ook aan dat het onderwerp erg belangrijk is onafhankelijk van de achtergrond van de patiënt. We moeten als huisarts onze cruciale rol hierin opnemen en seksuele gezondheid proactief op de kaart (blijven) zetten. We hopen dat deze resultaten een extra stimulans kunnen zijn voor of houvast kunnen bieden aan huisartsen die er nu nog niet op regelmatige basis mee bezig zijn.

Gebruikte afkortingen

Sensoa =	Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid
Project SoS =	Project rond ‘Seksuele gezondheid op School’
Emsa	European Medical Students’ Association
LOK =	Lokale Kwaliteitsgroep (Een LOK is een groep van collega's, artsen of apothekers-biologen, die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (peer review) om de zorgkwaliteit te verbeteren.)
WHO =	World Health Organisation
SOI =	Seksueel Overdraagbare Infectie
MSM =	Mannen die Seks hebben met Mannen
P.L.I.S.S.I.T. =	Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive treatment
O4O =	Onder 4 Ogen
LGBTQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and more
HA	Huisarts
HIV	Human immunodeficiency virus

Inhoudsopgave

Voorwoord 2

Abstract 3

Gebruikte afkortingen 4

Inhoudsopgave 5

Inleiding 7

Oriënterend literatuuronderzoek 8

- Inleiding 8
- Met wie bespreken patiënten seksuele gezondheid 8
- Waarom moeten we seksuele gezondheid bespreken? 11
- Hoe kunnen we seksuele gezondheid bespreken? 12
- Barrières 12
- Oplossingen om deze barrières te doorbreken 13
- Resultaten literatuuronderzoek 14

Methode 15

- Literatuuronderzoek 15
- Studieopzet 16
- Studiesubjecten 16
- Interventie 17
- Ethisch comité 17
- Datacollectie en -verwerking 17

Resultaten onderzoek 19

- Demografie geïncludeerde patiënten 19
- Mediane antwoorden van de algemene populatie 20
- Subgroep: Huisartsengroep terlinden en Praktijk Korte Klaren 23
- Subgroep: mannen en vrouwen 23
- Subgroep: Gelijk of verschillend geslacht huisarts – patiënt 23

Subgroep: Moedertaal Nederlands of anders 24
Subgroep: Initiatief bij de patiënt of de huisarts 24
Subgroep: Arts-patiëntrelatie 25
Rangschikking: Wie is het meest geschikt om seksuele gezondheid mee te bespreken? 25
Discussie 26
Besluit 28
Bijlagen 31
Bijlage 1) Vragenlijst voor patiënten 31
Bijlage 2) Gunstig advies Ethische Commissie 32
Bijlage 3) Goedgekeurd Onderzoeksprotocol 33

Inleiding

“Seksuele gezondheid is een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Het betreft daarbij niet enkel de afwezigheid van ziekte, dysfunctie of gebrek.” (WHO, 2006a) Huisartsen hebben door hun positie in de eerstelijnsgeneeskunde als belangrijke functie om over de volledige gezondheid van een patiënt te waken, en daarmee dus ook de seksuele gezondheid.

De literatuur leert ons dat huisartsen zichzelf zien als holistische zorgverleners, en dat ze het belang van seksuele gezondheid erkennen. Daartegenover staat dat verschillende studies aantonen dat seksuele gezondheid te weinig proactief besproken wordt. Huisartsen verwachten dat patiënten zelf het initiatief nemen omdat ze niet voldoende kennis en communicatieve vaardigheden hebben, en een negatieve reactie van de patiënt vrezen. Ze zijn ook bezorgd over mogelijke schaamte bij de patiënt wanneer ze gevoelige vragen zouden stellen. Patiënten accepteren het echter wel dat de huisarts hun vragen over de seksuele voorgeschiedenis zou stellen. (1) Patiënten geven in verscheidene kleine studies aan dat ze liever hebben dat de huisarts seksuele gezondheid zelf ter sprake brengt. (2)

Enkele jaren geleden werd de LOK-bijscholing “Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid” ontwikkeld door Sensoa in samenwerking met Domus Medica. In dit LOK-pakket krijgen huisartsen praktische handvaten (door middel van de O4O-methode) waarmee ze seksuele gezondheid proactief ter sprake kunnen brengen in de huisartsenpraktijk. Het LOK-pakket wordt sinds 2018 aangeboden aan LOK-groepen, waarbij reeds een bevraging werd georganiseerd naar de ervaring van de huisartsen hiermee. Door de deelnemende huisartsen werd deze methode als zeer positief geëvalueerd. (3, 4)

We weten echter nog niet in hoeverre patiënten zelf seksuele gezondheid met hun huisarts willen bespreken. En verder, of ze ook wensen dat hun huisarts seksuele gezondheid proactief ter sprake brengt. Er zijn nog geen Vlaamse onderzoeken gebeurd naar de ervaring van de patiënten bij een proactieve aanpak van seksuele gezondheid. Ik ben er persoonlijk van overtuigd dat de patiënt centraal staat in de toekomst van de geneeskunde, in tegenstelling tot het meer paternalistische model uit het verleden. Daarom leek het me erg waardevol en boeiend om via dit onderzoek de patiënten zelf een stem te geven.

Het kan resultaat van dit onderzoek kan hopelijk ook een extra stimulans of houvast zijn voor huisartsen die er nu nog niet op regelmatige basis mee bezig zijn.

Oriënterend literatuuronderzoek

Inleiding

Volgens de definitie van de World Health Organisation (WHO) is "seksuele gezondheid een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Het betreft daarbij niet enkel de afwezigheid van ziekte, dysfunctie of gebrek." (WHO, 2006a) Seksuele gezondheid is een integraal deel van de algemene gezondheid en het algemene welzijn van een persoon. (4, 5)

Huisartsen hebben door hun positie in de eerstelijnsgeneeskunde de belangrijke functie om over de volledige gezondheid van een patiënt te waken. Ze zijn daarom ook sleutelfiguren in de aanpak van de seksuele gezondheid.

Ook de huisartsen zélf benadrukken hun centrale rol in de seksuele gezondheidszorg. Ze zien zich als holistische zorgverstrekkers, binnen een ruime sociale context. (2, 6) Succesvolle integratie van seksuele gezondheidszorg binnen de huisartsenpraktijk kan morbiditeit en mortaliteit verlagen, en het algemeen welzijn van de patiënten verhogen. (4) Dit vereist wel een uitgebreide kennis over seksuele oriëntatie, seksueel gedrag, voorgeschiedenis van seksueel overdraagbare infecties (SOI's), … van de patiënt. Het kan voor huisartsen echter moeilijk zijn om een volledige seksuele voorgeschiedenis van een patiënt te achterhalen. Voor screening en preventie is het dus cruciaal dat de huisarts dit regelmatig bevraagt. (6) Er zijn echter uiteenlopende redenen waarom dit niet (altijd) gebeurt.

Seksueel overdraagbare aandoeningen worden doorgaans wel goed behandeld, maar algemene seksuele gezondheid wordt vaak niet besproken tot er een probleem optreedt. In een onderzoek van McCance et al uit 1991 leerden we al dat slechts 35% van de artsen in de eerste lijn vaak of altijd de seksuele geschiedenis bevroeg. Jammer genoeg tonen recentere onderzoeken hierin nog geen grote verbeteringen. (4, 5, 7, 8)

Door middel van deze literatuurstudie willen we achterhalen wat er al geweten is over het bespreken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. We kijken daarbij eerst algemeen: met wíé willen patiënten seksuele gezondheid bespreken, waarom zouden huisartsen het bespreken en hóé kunnen ze het bespreken. Daarna gaan we wat dieper in op mogelijke barrières die het bespreken van seksuele gezondheid in de weg kunnen staan.

Met wie bespreken patiënten seksuele gezondheid

Met naasten

Met het Sexpert onderzoek in Vlaanderen werd aangetoond dat we ons vaak wenden tot gezinsleden om te spreken over seksualiteit. Daarbij blijkt de moeder de belangrijkste vertrouwenspersoon, zowel voor mannen als voor vrouwen. Waar 50% van de mannen en twee derde van de vrouwen aangeeft met hun moeder over seks te kunnen spreken, geeft slechts 25% van de mannen jonger dan 25j aan bij hun vader terecht te kunnen voor dergelijke onderwerpen. De mannen die ouder zijn dan 25j geven dit zelfs helemaal niet aan. Als laatste belangrijke contact binnen het gezin werden voor vrouwen hun zussen vermeld. 23% in de groep onder 25j en 17% van de vrouwen ouder dan 25j

gaven aan dat ze met hun zus over seksualiteit konden spreken. Daarnaast is er nog steeds een belangrijke groep die aangeeft dat ze niet bij gezinsleden terecht kunnen: namelijk 18% van de 14 tot 25 jarigen, en maar liefst 42% van de groep ouder dan 25j. (9) Hoewel deze onderzoeken een gunstige evolutie aantonen, namelijk dat dat seksualiteit bespreekbaarder is dan vroeger, blijkt ook duidelijk dat er nog steeds nood is aan andere kanalen om over seksuele gezondheid te kunnen spreken. Daarbij is het ook al aangetoond dat het in bepaalde bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld jongeren met een migratie-achtergrond, nog moeilijker ligt om met de ouders over seksuele gezondheid te spreken. (10)

Naast de directe gezinsleden kunnen ook andere familieleden, zoals nonkels/tantes of nichten/neven, een rol spelen. Zo geven tieners bijvoorbeeld aan dat ze met andere familielieden geregeld over relaties en seksuele oriëntatie spreken.(11)

Verder is natuurlijk de communicatie tussen partners ook heel belangrijk. Het is niet verbazingwekkend dat sterke communicatie tussen partners een belangrijke factor is voor seksueel verlangen. Door gevoelens over de relatie te delen met elkaar komen koppels dichter bij elkaar en kan ook het seksueel verlangen naar elkaar stijgen. Communicatie rond seksualiteit is ook een bewezen waarborging voor seksueel verlangen bij lange termijn relaties. Communicatie over seksuele verschillen tussen partners is door vrouwen één van de voornaamste gerapporteerde manieren waarop seksueel verlangen behouden (of terug opgefrist) kan worden over de jaren heen. (12)
Er zijn ook enkele studies gedaan omtrent communicatie over veilig vrijen tussen partners als preventiemethode tegen HIV en andere SOI's. Deze studies werden doorgaans uitgevoerd bij specifieke bevolkingsgroepen, zoals bij Afro-Amerikaanse vrouwen en Latijns-Amerikaanse vrouwen die een hoger risico lopen op HIV-besmetting. Daaruit blijkt dat er communicatie over veilig vrijen frequenter en beter verloopt met een vaste partner wanneer beide partners monogaam en trouw zijn, dan wanneer er sprake van overspel is. (13) Er is verder ook een onderzoek uitgevoerd door Rancourt et al waarbij ze communicatie rond seksualiteit nagingen bij koppels met problemen van vestibulodynie. Ze konden aantonen dat betere communicatie tussen deze partners samenging met betere seksuele voldoening en betere seksuele functie, alsook vermindering van depressieve symptomen. (14) Dit mogen we natuurlijk niet zomaar extrapoleren naar de algemene bevolking, maar het geeft wel al een idee over het belang van goede communicatie tussen partners.

Met de huisarts

Veel mensen zoeken seksuele gezondheidszorg in de eerste lijn. Daarmee is de huisarts dus een belangrijke centrale persoon waarmee patiënten hun seksuele gezondheid zouden moeten kunnen bespreken. 91% van de patiënten geeft aan dat ze het gepast zouden vinden als hun arts een seksuele anamnese zou doen. Over het algemeen geven huisartsen ook aan dat ze zich comfortabel voelen met het bespreken van seksuele gezondheid, en ze dat ook zullen doen als de aanmeldingsklacht hiermee te maken heeft. (5)

In een studie van Wimberly et al bleek dat 58% tijdens een routine consultatie seksuele activiteit bevroeg, doch slechts 12-34% bevraagt routinematig specifieke componenten van de seksuele voorgeschiedenis.(5) Bij de studenten geneeskunde vinden we zelfs nog minder intentie terug: Slechts 13 tot 24% vindt dat een bevraging van de seksuele voorgeschiedenis meestal tot altijd

gepast is bij een kennismaking met de patiënt. (2) 76% van de artsen vroeg wel naar de seksuele geschiedenis als ze het relevant vonden voor de aanmeldingsklacht.(5) Het is echter aangetoond dat 85% van de patiënten met seksuele problemen niet zelf de stap naar hulp zal doen. De 15% die dat wel zelf doet, doet dit gemiddeld pas na 7 jaar. Patiënten in Vlaanderen hopen juist dat de huisarts het initiatief neemt. (1, 9)

Spreken over seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk kan mogelijks een andere aanpak vragen in verschillende bevolkingsgroepen. Ter illustratie verwijzen we hiervoor naar het kwalitatief onderzoek van Botfield et al. in Sydney, Australië. Zij onderzochten dit bij jongeren met een migratieachtergrond. Net zoals in België staat ook in Australië de huisarts centraal in de gezondheidszorg. De meerderheid van de deelnemers had dan ook al eens een huisarts gezien voor algemene gezondheidsproblemen. Hoewel de meesten de huisarts als centrale persoon in de gezondheidszorg zagen én ze reeds een huisarts bezocht hadden, gaven de meesten toch aan dat ze er terughoudend tegenover stonden om seksuele gezondheid met de huisarts te bespreken. (10)

Seksuele gezondheid bespreken met heteroseksuele patiënten is al niet evident. Deze onderwerpen bespreken met patiënten uit de LGBTQ+[2] gemeenschap is mogelijks nóg moeilijker. (2, 15) Uit onderzoek blijkt dat slechts ca 45% van de artsen naar de seksuele oriëntatie van de patiënt vraagt, hetzij bij de kennismaking, hetzij op een jaarlijkse controle,… (5) , ook al weten we dat bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen (MSM) een hoger risico lopen op seksueel overdraagbare infecties en tal van andere problemen (relationeel, psychisch, middelengebruik, …) met alle gevolgen van dien. Het is bij deze groep dus extra relevant om als huisarts de seksuele oriëntatie en het geslacht van de seksuele partners van onze patiënten te kennen, zodat we het eventuele risico juist kunnen inschatten en de juiste medische zorg en psychologische ondersteuning kunnen bieden. Een studie in Schotland bij 204 MSM leert ons het volgende: 98% van de ondervraagden had een vaste huisarts, 83% was er zelfs in het laatste jaar nog geweest, en tóch gaf maar 40% aan dat hun huisarts op de hoogte was van hun seksuele oriëntatie. Van de mannen bij wie de huisarts niet op de hoogte was, gaf 3/4de aan dat dit kwam omdat het hen nooit gevraagd was. Bij de mannen waar de huisarts wel op de hoogte was gaf slechts 1,9% aan dat de huisarts dit rechtstreeks gevraagd had. (8) Andere studies bijvoorbeeld in Atlanta, Georgia en Ierland gaven gelijkaardige resultaten; namelijk dat minder dan 45% van de huisartsen op de hoogte is van, en vraagt naar de seksuele oriëntatie van hun patiënten. (2, 5) Huisartsen geven zelf ook toe dat ze weinig ervaring hebben met LGBTQ+, en dat ze vaak niet op de hoogte zijn van de seksuele oriëntatie van hun patiënten. (2)

Daar tegenover staat (gelukkig) dat, wanneer seksuele oriëntatie gedeeld werd met de huisarts, slechts 4% vond dat dit de arts-patiënt relatie negatief beïnvloedde tegenover 70,5% die aangaf dat ze zorg ‘zeer goed’ of ‘excellent’ was.(8) Patiënten uit de LGBTQ+ gemeenschap zelf geven aan dat ze verkiezen dat de huisarts zelf het initiatief neemt om seksuele gezondheid te bespreken

Verder zijn er natuurlijk tal van andere zorgverleners (gynaecologen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, psychologen,…) waar seksuele gezondheid mee besproken kan worden. Voor deze literatuurstudie hebben we ons echter vooral gericht tot de rol van de huisarts.

[2] LGBTQ+ staat voor de gemeenschap van mensen die valt onder ‘Lesbian Gay Bisexual Transgender or Queer’ én iedereen die zich niet als cisgender of hetereseksueel bestempelt

Waarom moeten we seksuele gezondheid bespreken?

Het is voor de hand liggend dat het belangrijk is om opgelopen SOI's snel te detecteren en behandelen. De preventie en behandeling van SOI's is dan ook iets waar huisartsen zich verantwoordelijk voor voelen en redelijk vlot advies over geven aan patiënten. (16) Er is doorgaans ook voldoende aandacht voor contraceptie, ook tijdens consultaties met adolescenten.(17) Er zijn echter nog een hoop andere voordelen verbonden aan een routinematige aandacht voor de seksuele gezondheid van een patiënt, die significant verbetert wanneer deze vaker bevraagd wordt. Daardoor is immers vroegere detectie en aanpak van allerhande problemen mogelijk.(4) De 'US Preventive Task Force' en de 'National Academy of Sciences' Institute of Medicine' in Amerika raden formeel aan dat artsen tenminste jaarlijks een uitgebreide seksuele anamnese doen bij alle patiënten.

Er is onder andere meer kans om aan goede preventie te doen zoals uitleg geven rond de preventie (en niet enkel de behandeling) van SOI's en ongewilde zwangerschappen wanneer je inschat dat de patiënt daar meer risico op loopt.(4) Een volledige seksuele anamnese omvat dus niet alleen seksuele activiteit, maar ook gerelateerd gedrag dat een risico-stijging geeft op bepaalde ziektes. Dergelijk gedrag omvat het aantal partners, frequentie van geslachtsgemeenschap, intraveneus druggebruik, seksuele oriëntatie, seksuele handelingen (oraal, vaginaal of anaal), voorgeschiedenis van SOI's en seksueel misbruik. Er blijkt echter dat tijdens een jaarlijks onderzoek maar door 55% van de artsen naar seksuele activiteit wordt gepeild. Slechts 34% vraagt naar het aantal partners, 12% vraagt naar seksuele handelingen en slechts 11% vraagt naar seksueel misbruik. Ongeveer 1 op 7 van de artsen vraagt zelfs helemaal nooit naar seksueel misbruik, bleek uit de studie van Wimberly et al bij 416 artsen. Over de gehele lijn bleek trouwens dat vrouwelijke artsen seksuele gezondheid vaker bespreken dan hun mannelijke collega's. (5)

Ook seksuele dysfunctie, belevingsproblemen en seksuele zorgen zijn heel belangrijk om te detecteren, en wordt vaak niet spontaan door de patiënt vernoemd. Het kan echter wel een belangrijke aanwijzing zijn van een onderliggende organische of psychische aandoening, of van een bijwerking van medicatie. (4) Langs de andere kant kan seksuele dysfunctie ook ontstaan door desinformatie, die je als arts dus zou kunnen voorkomen simpelweg door op de juiste moment de juiste informatie te geven. Hierdoor kan de huisarts zijn preventieve rol als eerstelijnsgezondheidswerker mooi in praktijk brengen. Een voorbeeld is een mannelijke patiënt die doorgaans ca. 7 minuten na penetratie ejaculeert en ongerust is omdat dit 'te snel' zou zijn. Gebaseerd op beperkte kennis en pornografie denkt hij dat dit een teken kan zijn van een onderliggend medisch probleem. Als huisarts zou je dit makkelijk kunnen ontkrachten door te vertellen dat de gemiddelde tijdsduur tot ejaculatie na penetratie 2-6 minuten duurt, en daarmee relatief eenvoudig de evolutie naar een seksuele dysfunctie vermijden.(18) Dit is meteen een mooi voorbeeld van het onderdeel 'Limited Information' van het P.L.I.S.S.I.T. model, waarover later meer.

In een systematische review van Fuzell et al. naar communicatie rond seksuele gezondheid tussen artsen en adolescenten kwam naar voren dat vooral volgende drie onderwerpen héél weinig besproken worden: seksuele verlangens, seksuele oriëntatie, niet-coïtale seksuele handelingen. (17)

Hoe kunnen we seksuele gezondheid bespreken?

In het algemeen wordt er aangenomen dat men best op een directe wijze seksualiteit ter sprake brengt, doch met voldoende aandacht voor de gevoelens en de reactie van de patiënt. Het is altijd goed om uitleg te geven waarom je iets ter sprake brengt en toestemming te vragen aan de patiënt. Bijvoorbeeld: “Seksuele gezondheid is belangrijk, ik vraag al mijn patiënten ernaar. Is het voor u goed dat ik u er enkele vragen over stel?”, of “Veel patiënten met diabetes die ik begeleid, ervaren een verandering in hun seksueel functioneren. Is het oké voor u om hier even over te praten?” (3, 4) Verzeker de patiënt ervan dat vertrouwelijkheid en beroepsgeheim centraal staat. Verder moet de arts ook voorzichtig zijn met woorden die assumpties maakt over de seksuele oriëntatie van een patiënt. Het is bijvoorbeeld beter om het woord ‘partner’ dan ‘vriend’ of ‘vriendin’ te gebruiken. De arts moet ook altijd nagaan of de patiënt eventuele medische terminologie juist begrijpt. De arts moet ook te allen tijde vermijden om moreel of religieus oordelend over te komen bij de patiënt. Als een patiënt aangeeft niet over (bepaalde aspecten van) seksuele gezondheid te willen spreken is het uiteraard de taak van de arts om deze wens te respecteren. (4)

Het P.L.I.S.S.I.T model is een samenvatting van de belangrijkste componenten bij de aanpak van het bespreken van seksuele gezondheid. Beginnende met *‘Permission’* (toestemming). Door toestemming te vragen toont de arts respect tegenover de patiënt, en geeft deze de patiënt volledige zeggenschap over wat hij/zij al dan niet wilt delen met de arts. Een ander deel van *‘permission’* is patiënten de toestemming geven om te praten over hun (seksuele) problemen. Daarna hebben *‘Limited Information’* (begrensde informatie), waarbij de arts duidelijk maakt dat hij/zij een bron van informatie kan zijn voor de patiënt, zonder deze meteen te overspoelen met onnodig uitgebreide kennis. *‘Specific suggestions’* (specifieke suggesties) zijn van toepassing als de patiënt aangeeft ergens last van te hebben of een vraag over te hebben. Tenslotte omvat het P.L.I.S.S.I.T. model nog *‘Intensive treatment’* (intensieve behandeling) wat van toepassing is bij meer complexe problemen. Zeker de eerste twee stappen van dit model (Permission en Limited Information) zijn makkelijk toepasbaar in de huisartsenpraktijk, zelfs wanneer de huisarts geen speciale diepgaande kennis heeft over bijvoorbeeld seksuele dysfunctie. (18)

Wanneer, tijdens een kort verkennend gesprek, een seksueel probleem wordt vastgesteld, zou een opvolgconsult afgesproken moeten worden om hier dieper op in te gaan, al dan niet met partner.

Barrières

Patiënt -Barrières om te spreken over seksualiteit

Jongeren in Vlaanderen ervaren barrières om met hun ouders te spreken over seks en relaties, waarbij als belangrijkste genoemd worden: *“omdat het niet hoort”*, “*uit respect voor mijn ouders*” of “*uit angst voor hun reactie*”. (9)

MSM ervaren specifieke barrières om met de huisarts over seksualiteit en hun seksuele geaardheid te spreken. Een belangrijk deel, 81%, geeft aan dat de huisarts niet op de hoogte is van hun geaardheid omdat de huisarts er zelf nooit naar gevraagd heeft. (8) Metcalfe et al. toonden verder aan dat één derde van de MSM in haar studie niet wílden dat hun huisarts wist dat ze seks hadden met mannen. De belangrijkste redenen die ze daarvoor aangaven zijn onder te verdelen in drie

categorieën: (A) De eigen redenen (Verlegenheid, schaamte, niet helemaal 'ge-out' zijn, getrouwd zijn met kinderen, ruraal gebied, woonachtig zijn in een kleine of rurale gemeenschap), (B) met betrekking tot de praktijk (ze vinden het irrelevant; 'niet hun zaken'; bezorgdheden rond confidentialiteit; specifieke kenmerken van de arts zoals geslacht, religie, leeftijd of etniciteit.) en (C) angst voor mogelijke gevolgen (voor verzekeringen, medisch dossier, stigma en discriminatie). (8)

Bij jongeren met migratie-achtergrond spelen ook specifieke redenen waarom ze het moeilijk vinden om seksuele gezondheid te bespreken. Zo geeft de meerderheid aan dit helemaal niet met hun ouders te kunnen bespreken, maar ze geven ook belangrijke hindernissen aan waarom het moeilijk is dit met de huisarts te bespreken. Eén daarvan is de angst om veroordeeld te worden door de huisarts, voornamelijk als deze dezelfde culturele achtergrond deelt. Daarnaast hadden ze ook bezorgdheden rond vertrouwelijkheid, en de ongerustheid dat de huisarts deze privéproblemen, al dan niet per ongeluk, zou bespreken met de ouders of andere familieleden. Daarenboven gaf de meerderheid van de deelnemers aan het onderzoek van Botfield et al. aan dat ze negatieve ervaringen hadden bij consultaties rond seksuele gezondheid. Waaronder zich niet gehoord voelen, of het gevoel hebben dat er niet voldoende tijd was om deze zaken te bespreken. (10)

Barrières van de artsen:

Ook huisartsen zelf ervaren barrières om seksuele gezondheid te bespreken. Hun belangrijkste hindernissen zijn: gebrek aan klinische aanknopingspunten en geen zicht op onmiddellijke relevantie; gevoelige onderwerpen en bezorgdheden over schaamte van patiënten; tijdsgebrek; gebrek aan zelfvertrouwen of kennis over deze onderwerpen. In mindere mate spelen ook de volgende barrières nog mee: gender-gerelateerde barrières; culturele of sociale barrières; arts-patiënt relatie met te kort aan vertrouwen. (2, 4, 10, 19) Hoewel tijdsgebrek vaak wordt aangehaald als barrière, staat daar tegenover dat artsen ook aangeven dat een seksuele anamnese zelden te veel tijd in neemt.(5)

Nog een belangrijke barrière is een niet-heteroseksuele geaardheid van de patiënt. Artsen geven vooral aan te weinig specifieke ervaring of kennis te hebben om hiermee om te gaan. Ze uitten ook bezorgdheden over gepast taalgebruik en verkeerde aannames over de aard van relaties. 50% van de deelnemers in een Ierse studie gaf aan dat ze in de opleiding onvoldoende communicatieve vaardigheden aangereikt kregen om om te gaan met niet-heteroseksuele patiënten. (2, 15)

Oplossingen om deze barrières te doorbreken

Barrières kunnen weggenomen worden door ten eerste seksuele gezondheidszorg als integraal deel van de opleiding te plaatsen, en ten tweede huisartsen te overtuigen om seksuele gezondheid proactief en routinematig aan te halen. (4, 15) Al in 1989 deden Bachmann et al. een onderzoek waarbij ze aantoonden dat patiënten zes keer meer seksuele problemen rapporteerden als de artsen hier tijdens élke consultatie kort naar vroegen. (20)

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat specifieke communicatietraining rond seksuele gezondheid wordt geïmplementeerd in zowel de opleiding geneeskunde, als de vervolgopleiding tot huisarts. (2, 4) Daar kunnen specifieke communicatieve vaardigheden aangeleerd worden, en kan ook aandacht zijn voor het proactief bespreken van seksuele gezondheid zonder te wachten op initiatief van de patiënt. Daarnaast kan eventueel speciale aandacht gegeven worden aan het omgaan met de LGBTQ+ gemeenschap, bijvoorbeeld door neutrale woorden als 'partner' in plaats

van ‘vriend(in)’ te gebruiken. (2, 15) Studies tonen aan dat training in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid en het routinematig nemen van anamneses omtrent seksuele gezondheid het comfort van de arts rond deze onderwerpen doet verbeteren. (4, 21)

Praktijken kunnen het voor patiënten makkelijker maken om seksuele gezondheid te bespreken door posters in de wachtzaal te hangen, of een bordje op het bureau te plaatsen dat je zeker open staat om seksuele gezondheid te bespreken. Humor kan ook helpen om angst te doen afnemen, maar een professionele arts-patiënt relatie moet wel gewaarborgd blijven.(18) Patiënten uit de LGBTQ+ gemeenschap gaven ook als suggestie dat huisartsen in de praktijk zichtbare tekens aanbrengen zoals regenboogvlaggen, LGBTQ+-vriendelijke brochures,… zodat ze weten dat de huisarts hiervoor open staat en ze deze zaken veilig kunnen bespreken. (2)

Verder is het ook belangrijk om vragen naar seksuele (dys)functies te includeren in routine anamneses voor andere medische aandoeningen, met name cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en depressie.(18) Dit moet ook aan bod komen tijdens consultaties met patiëntes die recent bevallen zijn.(22) Op die manier geef je als arts ook de indirecte boodschap dat seksuele functie belangrijk en relevant is. Als gevolg daarvan zal de patiënt, wanneer een seksueel probleem optreedt, dit zelf ook makkelijker aanbrengen. (18)

Tenslotte is het ook heel belangrijk dat arts en patiënt op dezelfde lijn zitten als ze seksuele gezondheid bespreken. Je moet je er als arts van vergewissen dat de patiënt je terminologie begrijpt, en dat jullie hetzelfde bedoelen. (15)

Resultaten literatuuronderzoek

Huisartsen zien zichzelf als holistische zorgverleners, en erkennen het belang van seksuele gezondheid. Daartegenover staat dat verschillende studies aantonen dat seksuele gezondheid te weinig proactief besproken wordt. Huisartsen verwachten dat patiënten zelf het initiatief nemen omdat ze niet voldoende kennis en communicatieve vaardigheden hebben, en een negatieve reactie van de patiënt vrezen. Ze zijn ook bezorgd over mogelijke schaamte bij de patiënt wanneer ze gevoelige vragen zouden stellen. Patiënten accepteren het echter wel dat de huisarts hun vragen over de seksuele voorgeschiedenis zou stellen. (1) Patiënten geven in verscheidene kleine studies aan dat ze liever hebben dat de huisarts seksuele gezondheid ter sprake brengt. (2) In kader van onderzoek naar SOI verkiezen ze deze persoonlijke aanpak ook duidelijk boven andere opties zoals een vragenlijst op het internet.

De meest cruciale tekortkoming omtrent seksuele gezondheidszorg lijkt dus een proactieve en preventieve aanpak in de eerste lijn. (4) Er zijn geen nog geen Vlaamse onderzoeken gebeurd naar de ervaring van de patiënten bij een proactieve aanpak van seksuele gezondheid. Een studie die peilt naar de ervaring van de patiënt wanneer seksuele gezondheid ter sprake kwam kan hier hopelijk meer kennis over geven. Deze kennis kan dan een extra argument zijn voor huisartsen om dit onderwerp proactief op de agenda te zetten.

Methode

Literatuuronderzoek

Voor dit onderzoek hebben we nauw samengewerkt met Sensoa (Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid). Zij hebben de gespreksmethode “Onder 4 Ogen” ontwikkeld. De O4O-methode is een gespreksmethode die professionals ondersteunt om in een één op één gesprek seksuele gezondheid proactief ter sprake te brengen. De methode is ontwikkeld door Sensoa in samenwerking met Domus Medica, de Vlaamse Vereniging voor Seksuologen en de Sensoa artsenstuurgroep. Er is een LOK-lessenpakket “Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk” opgesteld in samenwerking met Domus Medica. Als belangrijke bron werd vanuit Sensoa, naast hun eigen artikel (Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de O4O methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen), ook het grote onderzoek naar Seksuele gezondheid in Vlaanderen (Sexpert 2014) aangeraden.(9) Daarnaast hebben we ook de officiële website van de “World health organisation” geraadpleegd om seksuele gezondheid eenduidig te definiëren.

Daarna hebben we in Pubmed de nodige literatuur opgezocht.

Eerst keken we na of er al een recente systematic review te vinden was:
Op 30 augustus 2020 zochten we literatuur met de Mesh term “sexual health” én niet ouder dan 10 jaar. Daaruit kwamen 1029 resultaten naar voren. Na de filter ‘systematic review’ bleven er nog 34 resultaten over. Daaruit hebben we een verdere selectie gemaakt op basis van de titel met volgende criteria: dat het over de huisartsenpraktijk (of general practitioner of family doctor) ging, het (onder andere) een volwassen patiëntenpopulatie besloeg en dat de populatie niet te nauw gespecifieerd werd (bv. veteranen in Amerika). Na die selectie bleven nog 7 systematic reviews over, die echter ook verworpen werden op basis van abstract.

We gingen ook op zoek naar systematic reviews specifiek omtrent communicatie rond seksuele gezondheid. Hiervoor gaven we op 22 mei 2021 in pubmed de zoektermen ‘discussing sexuality’ in. Dit gaf ons 34 957 resultaten. Na toepassing van de filters ‘last 10 years’ en ‘systematic review’ resteerden nog 343 resultaten. Van deze resultaten lazen we alle titels en maakten we de selectie op basis van volgende criteria: niet toegespitst op één bepaalde aandoening; onderwerp van de systematic review is de communicatie zelf, niet een medische aandoening; relevant voor de westerse samenlevingen, m.a.w. bijvoorbeeld niet specifiek toegespitst op een kleine Afrikaanse gemeenschap. Hierdoor bleven nog 15 resultaten over. Na lezen van het abstract werden uiteindelijk 3 systematic reviews weerhouden. Hiervoor gebruikten we als criteria: focus op huisarts óf familie/partner, andere specifieke zorgberoepen werden buiten beschouwing gelaten; onderwerp van de systematic review is de communicatie zelf, niet een medische aandoening.

Via pubmed, deze keer met zoektermen “sexual health” én “general practicioner” gingen we vervolgens op zoek naar bredere literatuur en originele onderzoeken. Op 30/08/2020 gaf dit 113 resultaten. Na toevoegen van de filter ‘last 10 years’ waren dat nog 64 resultaten. Na selectie op titel en abstract hadden we nog 6 resultaten over. Van deze 6 resultaten konden we van één artikel de full tekst niet verkrijgen. Daarom hebben we dat ook geëxcludeerd waardoor we nog 5 resultaten overhielden. Op 9 mei 2021 herhaalden we deze zoektocht nog een keer om ook de meest recente

resultaten te kunnen includeren. We gebruikten dezelfde termen, namelijk “sexual health” én “general practitioner”. Voor de periode van 30 augustus 2020 tot en met 9 mei 2021 leverde dit 36 resultaten op. Na selectie op titel waren er nog 5 artikels, na verdere selectie op basis van abstract nog 3 geschikte resultaten. Van een van die drie was weer de full tekst niet beschikbaar waardoor we op 2 extra bronnen uitkomen.

We deden ook nog een specifieke zoektocht naar communicatie rond seksualiteit tussen partners. We begonnen daarmee door in pubmed de zoektermen “communicat*” AND “sex*” in te geven met als filter ‘last 10 years’. Dit gaf 189 resultaten. Na selectie op basis van titel resteerden 18 resultaten. Criteria voor deze selectie waren: betreft mensen en niet dieren; niet gelinkt aan specifieke aandoeningen; specifiek communicatie tussen partners; relevant voor de westerse samenlevingen. We pasten dezelfde criteria toe op de abstracts waarna nog 4 resultaten geïncludeerd konden worden. Op basis van de volledige tekst werd nadien nog 1 van deze 4 resultaten geëxcludeerd omdat de studie een te kleine sample size (19 deelnemers) betrof.

Ten slotte hebben we in de referentielijst van eerder gevonden artikels nog 7 relevante bronnen gevonden.

In totaal werden voor deze literatuurstudie dus 22 klassieke wetenschappelijke bronnen, en de informatie van de World Health Organisation geraadpleegd.

Studieopzet

Het studie-opzet is een kwantitatieve studie door middel van enquêtes.

- De deelnemende huisartsen volgen de LOK-bijscholing “Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid”, waarbij ze praktische tools aangeboden krijgen om seksuele gezondheid proactief ter sprake te brengen.
- Wanneer de huisarts meent dat seksuele gezondheid ter sprake is gekomen, biedt de huisarts de patiënt een toestemmingsformulier en enquête aan om deel te nemen. In deze enquête wordt gepeild naar de ervaring en belevenis van de patiënt in verband met het gesprek rond seksuele gezondheid. (*Bijlage 1*)

Studiesubjecten

- Alle huisartsen uit de deelnemende huisartsenpraktijken: Huisartsengroep Terlinden en Praktijkhuis Korte Klaren.
    - Huisartsengroep Terlinden ligt in Edegem, de groene zuidrand van Antwerpen. Hier werken twee mannelijke, en 8 vrouwelijke huisartsen.
    - Praktijkhuis Korte Klaren is gelegen in het stadscentrum van Antwerpen. Hier zijn 3 mannelijke en 3 vrouwelijke huisartsen.
    - De hoofdonderzoeker, dr. Aline Verschueren, was als Huisarts In Opleiding opeenvolgend in beide praktijken tewerkgesteld tijdens de inclusieperiodes en heeft dus in beide praktijken patiënten geïncludeerd.

- Patiënten uit de deelnemende huisartsenpraktijken: Huisartsengroep Terlinden (Edegem) en Praktijkhuis Korte Klaren (Antwerpen)
    - Inclusiecriteria:
        - Kwantitatieve studie: Elke patiënt die uit eigen initiatief op een consultatie langskomt die ouder is dan 18j en waarbij de huisarts oordeelt dat seksuele gezondheid ter sprake is gekomen. Deze huisarts includeert de patiënt.
    - Exclusiecriteria
        - Leeftijd <18j
        - Seksuele gezondheid is niet besproken tijdens het consult
- Om patiënten te includeren, wordt de patiënt na een consultatie waarbij seksuele gezondheid ter sprake kwam, gevraagd of hij/zij bereid is een vragenlijst in te vullen. Daarbij overloopt de arts samen met de patiënt het studieprotocol, waarna schriftelijk een geïnformeerde toestemming getekend wordt.

Interventie

- LOK-bijscholing, "Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid", aan de deelnemende huisartsen: De deelnemende huisartsen volgen allemaal de LOK-bijscholing "Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid", waarbij ze praktische tools aangeboden krijgen om seksuele gezondheid proactief ter sprake te brengen.
- Kwantitatieve studie door middel van (anonieme) enquêtes.
- De artsen proberen tijdens consultaties meer aandacht te hebben voor de proactieve bespreking van seksuele gezondheid.
- De patiënt zal niet vaker naar de praktijk moeten komen dan hij/zij gewoonlijk zou doen. De enige extra tijdsinvestering is de tijd die het duurt om de vragenlijst in te vullen.

Ethisch comité

Op 03-02-2021 werd de aanvraag door de Commissie Medische ethiek van het UZ Brussel en de VUB goedgekeurd. (*Bijlage 2*)

Datacollectie en -verwerking

Opstelling enquêtes

De vragenlijsten en het toestemmingsformulier van eenzelfde patiënt krijgen een gelijke, unieke code zodat ze onafhankelijk van elkaar bewaard kunnen worden. Dit garandeert de anonimiteit van de deelnemers.

De enquêtes voor patiënten werden opgesteld door hoofdonderzoeker dr. Aline Verschueren, en herwerkt in samenspraak met dr. Katelijne Baetens, dr. Luc Debaene en Ruth Borms als medewerker van Sensoa.

De enquêtes (*bijlage 1*) bestaan uit 3 verschillende onderdelen. In het eerste onderdeel worden de onafhankelijke variabelen bevraagd. De gegevens die de patiënt dient in te vullen zijn: de praktijk, de huisarts waarmee seksuele gezondheid besproken werd; de leeftijd; het geslacht van de patiënt (man/ vrouw/ X); moedertaal; arts-patiënt relatie (nog nooit bij deze huisarts geweest/ al enkele

keren bij deze huisarts geweest/ het is de vaste huisarts); initiatiefnemer om over seksuele gezondheid te spreken (patiënt zelf/ de huisarts).

Het tweede onderdeel bestaat uit 8 stellingen waarop telkens gereageerd moet worden op een ordinale schaal met “helemaal niet akkoord”, “eerder niet akkoord”, “neutraal”, “akkoord” of “helemaal akkoord”. De concrete stellingen zijn terug te vinden in *bijlage 1*. De stellingen zijn geformuleerd opdat ze elkaar zouden tegenspreken als een deelnemer overal hetzelfde antwoord op zou geven. Op deze manier kunnen incongruente en ondoordachte enquêtes achteraf geëxcludeerd worden.

Bij het derde onderdeel krijgen deelnemers de volgende vraag: “Wie vindt u de meest geschikte persoon om mee te spreken over seksuele gezondheid?” Daarbij moeten ze de volgende antwoorden rangschikken van meest geschikt (1) naar minst geschikt (9): Nauwe vriend/vriendin, partner, nauw familielid, seksuoloog, psycholoog, huisarts, gynaecoloog, uroloog, ‘anders’.

Inclusie enquêtes

Er werd niet geregistreerd hoeveel enquêtes werden uitgedeeld aan patiënten. 50 enquêtes werden ingevuld ingeleverd. Daarvan werden er twee geëxcludeerd op basis van inconsequente antwoorden; op elke stelling – ook tegenstrijdige stellingen - werd namelijk “helemaal akkoord” geantwoord.

Codering data

Voor de statistische analyses hebben we gebruik gemaakt van het software pakket “IBM SPSS Statistics 28”.

In het tabblad “Variable View” coderen we de verschillende groepen. Voor de unieke patiëntencode wordt geen aparte waarde bepaald. Voor de volgende groepen wordt een numerieke waarde vastgelegd: Praktijk (1=Huisartengroep Terlinden; 2= Huisartenpraktijk Korte Klaren), geslacht patiënt (1=man; 2=vrouw; 3=X), geslacht huisarts – patiënt (1=gelijk; 2=verschillend), moedertaal (1= nederlands; 2= anders), arts-patiënt relatie (1= deze HA nog nooit gezien; 2= al enkele keren bij deze HA geweest; 3= het is de vaste huisarts), initiatiefnemer tot gesprek over seksuele gezondheid (1= patiënt; 2= huisarts). Ook voor de ordinale variabele antwoorden op de stellingen kiezen we voor een numerieke codering (1= helemaal niet akkoord; 2= eerder niet akkoord; 3= neutraal; 4= akkoord; 5= helemaal akkoord). De leeftijd van de patiënt wordt als continue variabele in absolute cijfers geregistreerd.

In het tabblad “Data view” staat elke rij voor één patiënt. Deel 1 en 2 van elke enquête wordt gecodeerd volgens bovenstaand stramien. Ontbrekende resultaten worden opengelaten.

Statistische analyse

Voor elke stelling wordt een algemeen mediaan antwoord berekend. Daarna beoordelen we ook of verschillende groepen binnen de onafhankelijke variabelen andere resultaten met zich meebrengen. De verschillende groepen zijn: Praktijk (Terlinden/ Korte Klaren), geslacht patiënt (man/vrouw), moedertaal (Nederlands/ anders), Initiatiefnemer gesprek (patiënt/huisarts), geslacht patiënt en huisarts (verschillend/ gelijk) en arts-patiënt relatie. Om deze analyses uit te voeren, maakten we gebruik van de Mann-Whitney U test. Dit is de geschikte test omdat we werken met a) een

afhankelijke variabele op een ordinale schaal, b) een onafhankelijke dichotome variabele, c) onafhankelijkheid van observatie tussen de groepen. De onafhankelijke variabele “arts-patiëntrelatie” bestaat uit drie groepen (nog nooit gezien, al enkele keren bij deze huisarts, vaste huisarts). Om dit probleem op te lossen binnen de Mann-Whitney U test werden telkens twee van deze groepen onderling vergeleken zodat we toch met een dichotome onafhankelijke variabele werken. We vergelijken alle groepen volgens de “legacy” procedure van de Mann-Whitney U test. Voor missende waarden worden patiënten test per test uitgesloten.

Na de uitvoering van de Mann-Whitney U test volgens de “legacy” procedure controleren we telkens of de distributie van de resultaten voor beide groepen dezelfde vorm heeft. Via “Graphs” > “Chart Builder” genereren we voor elke stelling en groep een “Population pyramid”. Door middel van deze grafiek kunnen we een visuele beoordeling doen over de al dan niet gelijke distributie tussen 2 groepen. Als de distributie tussen beide groepen een gelijke vorm heeft, kunnen we naast de mean rank ook de medianen rapporteren en gebruiken in onze statistische analyse. De medianen bepalen we via “compare means” > “Means”.

Ten slotte genereren we voor elke stelling ook een histogram van de algemene populatie via “Graphs” > “Chart Builder”.

Resultaten onderzoek

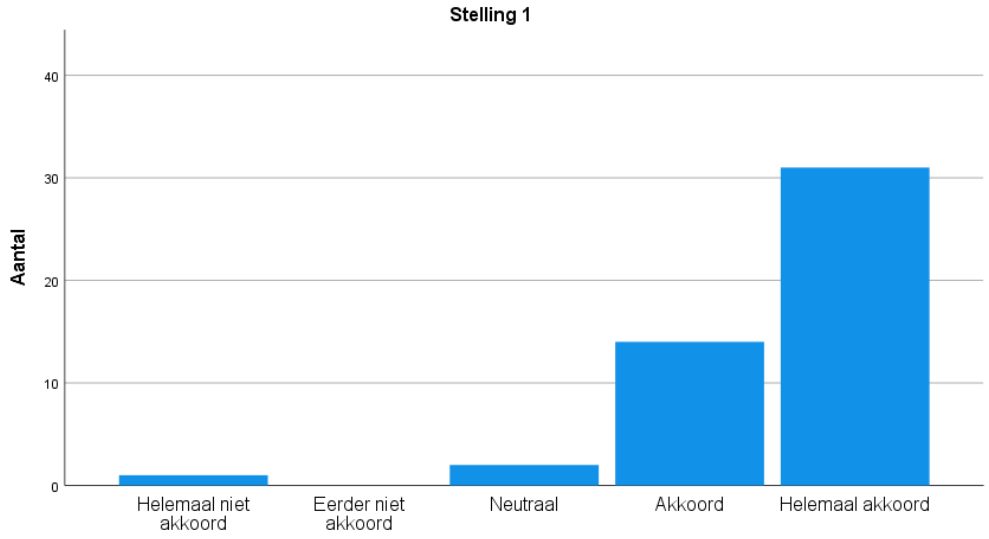
Demografie geïncludeerde patiënten

Er werden 48 patiënten geïncludeerd. Daarvan gaven 40 patiënten aan vrouw te zijn, 7 waren mannen, niemand duidde ‘X’ aan, en één persoon liet dit blanco. In huisartsengroep Terlinden, Edegem, werden 18 patiënten geïncludeerd. In Huisartsenpraktijk Korte Klaren, Antwerpen, namen 30 patiënten deel aan deze studie. De leeftijd van de geïncludeerde patiënten varieerde van 18 jaar tot 48 jaar, waarbij slechts 7 patiënten 35 jaar of ouder waren. 8 van de 48 deelnemers gaven aan dat het Nederlands niet de moedertaal was, één persoon liet dit open. 6 patiënten waren op consultatie bij de vaste huisarts, 18 personen waren al enkele keren bij deze huisarts geweest, 23 personen zagen deze huisarts voor het eerst en 1 persoon liet de vraag over arts-patiëntrelatie onbeantwoord.

Mediane antwoorden van de algemene populatie

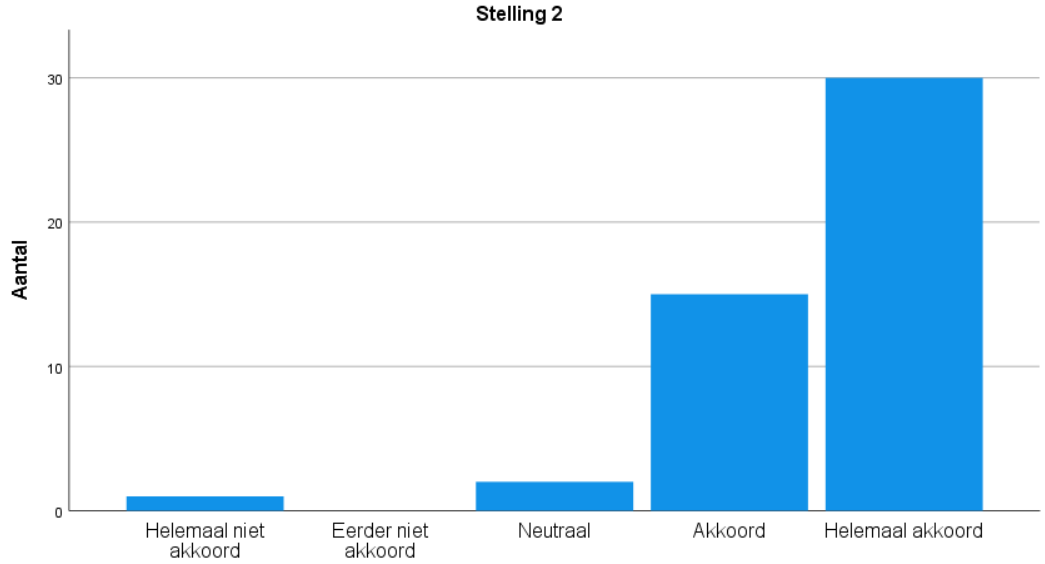
We poneerden 8 verschillende stellingen waarop deelnemers konden antwoorden met “helemaal niet akkoord”, “eerder akkoord”, “neutraal”, “akkoord” of “helemaal akkoord”.

Op de eerste stelling: “Ik vond het zinvol om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts” was het mediane antwoord “Helemaal akkoord”.



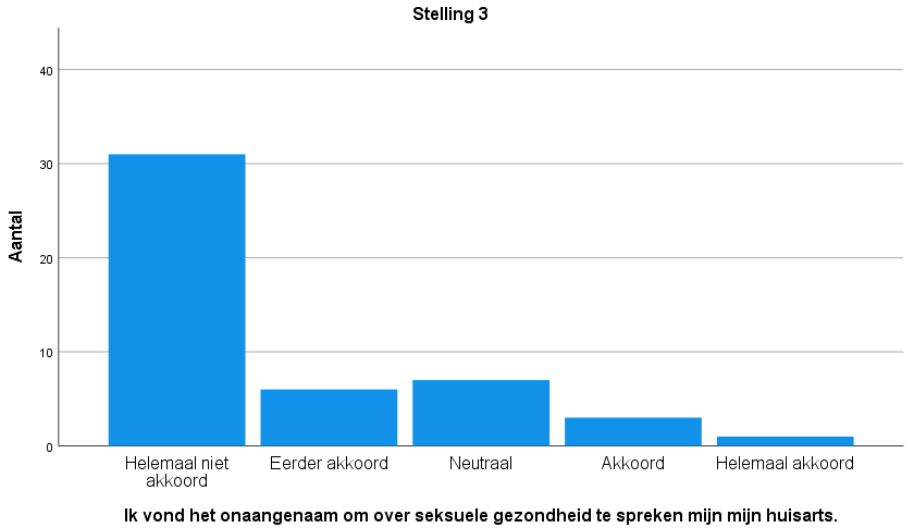
Ik vond het zinvol om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts.

Bij de tweede stelling: “Ik houd een positief gevoel over na het gesprek rond seksuele gezondheid.” Was het mediane antwoord “helemaal akkoord”.

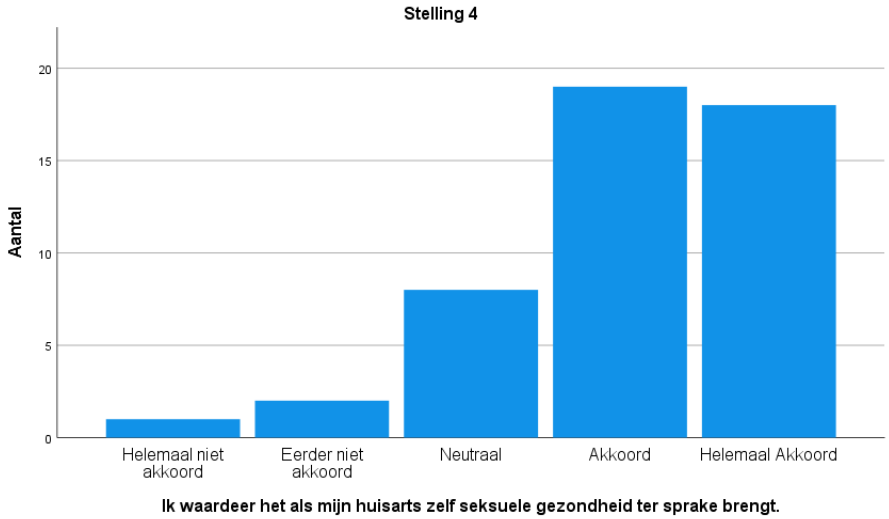


Ik houd een positief gevoel over na het gesprek rond seksuele gezondheid.

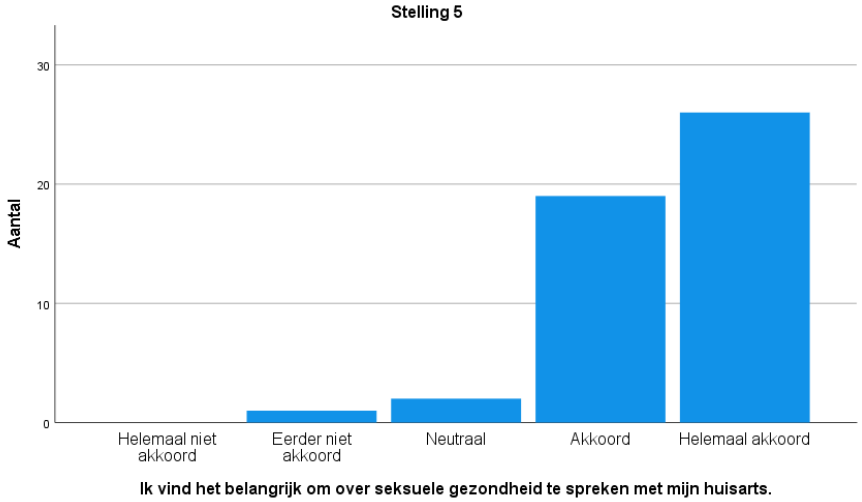
Op de 3de stelling “Ik vond het onaangenaam om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts.” Antwoordde men mediaan “Helemaal niet akkoord”.



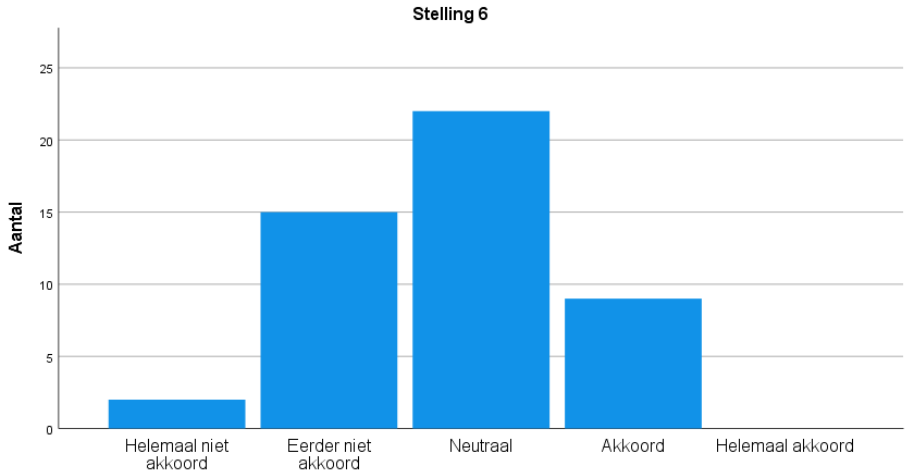
De 4de stelling: “Ik waardeer het als mijn huisarts zelf seksuele gezondheid ter sprake brengt.” Had als mediane antwoord “akkoord”.



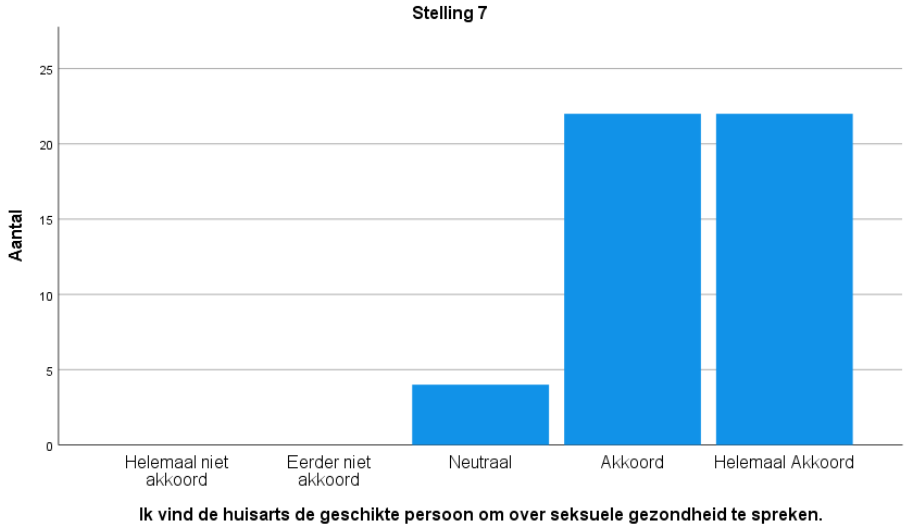
Bij stelling 5: “Ik vind het belangrijk om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts.” Was de mediaan “helemaal akkoord”.



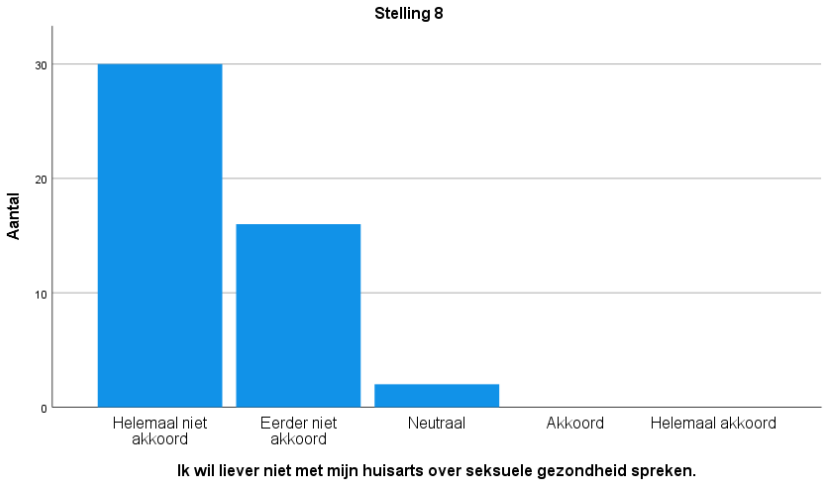
Op de 6de stelling: “Ik vind het fijn om seksuele gezondheid te bespreken met mijn huisarts, maar enkel als ik zelf het initiatief neem” was het mediane antwoord “neutraal”.



Met stelling 7: “Ik vind de huisarts de geschikte persoon om over seksuele gezondheid te spreken” ging de mediaan “akkoord”.



De laatste stelling: “Ik wil liever niet met mijn huisarts over seksuele gezondheid spreken” gaf als mediane reactie “helemaal niet akkoord”.



Subgroep: Huisartsengroep terlinden en Praktijk Korte Klaren

De mediaan van de antwoorden op elke stelling, behalve stelling 6, was gelijk tussen beide deelnemende praktijken. Voor elke stelling werd een Mann-Whitney U test uitgevoerd. De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijk, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. Bij stelling 6 ("Ik vind het fijn om seksuele gezondheid te bespreken met mijn huisarts, maar enkel als ik zelf het initiatief neem") was het mediane antwoord voor Huisartsengroep Terlinden (n=18) "Eerder niet akkoord", en het mediane antwoord voor Praktijk Korte Klaren (n=30) "neutraal". Dit verschil is echter niet statistisch significant (p>0.05). (U= 188, z=-1,876, p= 0,061).

Report

Median

Terlinden vs Korte Klaren	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
Huisartsengroep Terlinden	5,00	5,00	1,00	4,00	4,50	2,00	4,00	1,00
Huisartsenprakijk Korte Klaren	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,50	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Subgroep: mannen en vrouwen

Een Mann-Whitney U test werd uitgevoerd om te bepalen of er verschillen waren tussen de ervaringen van mannen (n=7) en vrouwen (n=40). De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijkaardig tussen mannen en vrouwen, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. We konden bij geen van de stellingen een significant verschil vinden tussen de antwoorden van mannen en vrouwen. De mediaan van de antwoorden op elke stelling, behalve stelling 4 en 7, was gelijk tussen beide deelnemende praktijken. Op stelling 4 ("Ik waardeer het als mijn huisarts zelf seksuele gezondheid ter sprake brengt.") en stelling 7 ("Ik vind de huisarts de geschikte persoon om over seksuele gezondheid te spreken.") antwoordden mannen mediaan "helemaal akkoord" en vrouwen "akkoord". Dit verschil is echter voor beide stellingen niet statistisch significant (p>0.05). (Stelling 4: U= 107,5, z=-1,039, p= 0,339 ; Stelling 7: U= 129, z=-0,349, p= 0,759).

Report

Median

Geslacht	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
man	5,00	5,00	1,00	5,00	5,00	3,00	5,00	1,00
vrouw	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Subgroep: Gelijk of verschillend geslacht huisarts – patiënt

De mediaan van de antwoorden op elke stelling, behalve stelling 4, was gelijk tussen beide groepen. Voor elke stelling werd een Mann-Whitney U test uitgevoerd. De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijk, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. Bij stelling 4 ("Ik waardeer het als mijn huisarts zelf seksuele gezondheid ter sprake brengt.") was het mediane antwoord voor de groep met hetzelfde geslacht als hun huisarts (n=35) "Akkoord", en het mediane antwoord voor de groep met een verschillend geslacht als hun huisarts (n=10) "Helemaal akkoord". Dit verschil is echter niet statistisch significant (p>0.05). (U= 118, z=-1,662, p= 0,124).

Report

Median

GeslachtHA_Pt	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
Patiënt en HA zelfde geslacht	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00
Patiënt en HA verschillend geslacht	5,00	5,00	1,00	5,00	4,50	2,50	4,50	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Subgroep: Moedertaal Nederlands of anders

Een Mann-Whitney U test werd uitgevoerd om te bepalen of er verschillen waren tussen de ervaringen van patiënten met Nederlands als moedertaal (n=39) en patiënten met een andere moedertaal (n=8). De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijkaardig tussen deze twee groepen, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. We konden bij geen van de stellingen een significant verschil vinden tussen de antwoorden. De mediaan van de antwoorden op elke stelling, behalve stelling 7, was gelijk tussen beide deelnemende praktijken. Op stelling 7 ("Ik vind de huisarts de geschikte persoon om over seksuele gezondheid te spreken.") antwoordden patiënten met Nederlands als moedertaal mediaan "Akkoord" en patiënten met een andere moedertaal "Helemaal akkoord". Dit verschil is echter niet statistisch significant (p>0.05). (U= 111.5, z=-1.401, p= 0,212).

Report

Median

Moedertaal	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
Nederlands	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00
Anders	5,00	5,00	1,50	4,00	5,00	3,00	5,00	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Subgroep: Initiatief bij de patiënt of de huisarts

Voor elke stelling werd weer een Mann-Whitney U test uitgevoerd. De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijk, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. De groep die zelf initiatief nam tot het gesprek (n=31) op reageerde op stellingen 1, 2, 5 "Helemaal akkoord" tegenover "Akkoord" bij de groep waar de huisarts het gesprek over seksuele gezondheid initieerde (n=16). Dit verschil was voor alle drie de stellingen statistisch significant (p<0.05). (Stelling 1: U=154, z=-2.537, p=0.011 ; Stelling 2: U=160.5, z=-2.325, p=0.02 ; Stelling 5: U=164.5, z=-2.13, p=0.033)

Op stelling 7 werd ook mediaan "Helemaal akkoord" geantwoord door de groep die zelf het initiatief nam, tegenover "Akkoord" bij de groep waar de huisarts het initiatief nam. Dit verschil is echter niet statistisch significant (p>0.05). (U=186.5, z=-1.536, p=0.125)

Report

Median

Initiatief	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
Patiënt gaf zelf de aanzet om over seksuele gezondheid te spreken	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	5,00	1,00
Huisarts gaf de aanzet om over seksuele gezondheid te spreken	4,00	4,00	1,50	4,00	4,00	3,00	4,00	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Subgroep: Arts-patiëntrelatie

Een Mann-Whitney U test werd uitgevoerd om te bepalen of er verschillen waren tussen de ervaringen van patiënten die de huisarts nog niet kenden (n=23), er al enkele keren bij geweest waren (n=18) of bij hun vaste huisarts waren (n=6). De distributie van de antwoorden was voor elke stelling gelijkaardig tussen deze twee groepen, beoordeeld door visuele inspectie op het histogram. We konden bij geen van de stellingen een significant verschil vinden tussen de antwoorden (p>0.05).

Report

Median

ArtsPatiëntrelatie	VRAAG1	VRAAG2	VRAAG3	VRAAG4	VRAAG5	VRAAG6	VRAAG7	VRAAG8
Nog nooit bij deze HA geweest	5,00	5,00	1,00	4,00	4,00	3,00	5,00	1,00
Al enkele keren bij deze HA geweest	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00
Het is mijn vaste huisarts	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	2,50	5,00	1,00
Total	5,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00	4,00	1,00

Rangschikking: Wie is het meest geschikt om seksuele gezondheid mee te bespreken?

Verder werd in een apparte opdracht ook gevraagd om bepaalde personen en groepen te rangschikken van meest geschikt om seksuele gezondheid mee te bespreken, naar minst geschikt. De te rangschikken personen/groepen waren: Nauwe vriend(in); partner, nauw familielid, seksuoloog, psycholoog, huisarts, gynaecoloog en uroloog. Gemiddeld kwam daaruit de partner als meest geschikt naar voren, gevolgd door de huisarts en op de derde plaats door de gynaecoloog. Daarna werden in volgorde nauwe vriend(in), seksuoloog, nauw familielid, psycholoog en uroloog genoemd.

Discussie

Dit is een waardevolle eerste studie naar de beleving van patiënten bij het bespreken van seksuele gezondheid. We moeten echter de kanttekening maken dat we geen representatieve steekproef van de bevolking bereikt hebben met onze inclusies.
In deze studie werden slechts 48 patiënten geïncludeerd, waarvan net geen 15% aangaf man te zijn. Dat veroorzaakt mogelijks een bias in de resultaten. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor deze ongelijke verdeling bij de inclusie van patiënten. Ten eerste geven huisartsen aan dat ze seksuele gezondheid gemakkelijk kunnen ter sprake brengen tijdens een consultatie rond anticonceptie. Hier komen klassiek meer vrouwen voor langs dan mannen. Dit strookt met de bevindingen van Wimberly et al. dat huisartsen seksuele gezondheid gemakkelijker kunnen bespreken als de aanmeldingsklacht al in die richting wijst.(5) Een andere mogelijke reden is dat het merendeel van de deelnemende huisartsen zelf vrouw is en dat patiënten zulke onderwerpen mogelijks liever met iemand van hetzelfde geslacht bespreken. Daar tegenover staat wel dat in onze studie geen verschil in ervaring kon worden gemerkt bij gesprekken waarbij huisarts en patiënt eenzelfde of verschillend geslacht hadden. Het zou tenslotte ook kunnen dat mannen doorgaans minder open zijn over hun seksuele gezondheid dan vrouwen, of tenminste dat dit stereotiep leeft bij huisartsen zelf, waardoor het met hen minder snel proactief besproken zal worden. Wimberly et al. merkten op dat vrouwelijke artsen seksuele gezondheid vaker bespreken dan mannelijke collega's. (5) Of dat verschil ook bij onze studie meespeelde konden we met de gebruikte methode niet achterhalen.

Naast het geslacht van onze patiënten, is ook de leeftijdsverdeling niet representatief. De leeftijd van onze inclusies varieerde van 18 tot 48 jaar waarbij slechts 7 patiënten 35 jaar of ouder waren. Dit zou erop kunnen wijzen dat huisartsen seksuele gezondheid moeilijker ter sprake brengen bij de oudere populatie. Er is een maatschappelijke evolutie gaande waardoor jongere mensen misschien makkelijker en meer open over seksuele gezondheid spreken. Daar tegenover staat ook dat de deelnemende huisartsen, op twee na, zelf jonger dan 50 jaar waren. Het zou goed kunnen dat we doorgaans als huisartsen een patiëntenpopulatie hebben die gemiddeld wat bij onze eigen leeftijd aanleunt. Dit is echter niet onderzocht in deze studie.
Men zou kunnen argumenteren dat de jongere bevolking gemiddeld seksueel actiever is en er daarom meer nood is seksuele gezondheid te bespreken. Daar zijn we echter niet mee akkoord. Het is geweten dat bijvoorbeeld de menopauze, comorbiditeiten zoals diabetes, medicatie voor hart - en vaatziekten, … ook seksuele problemen met zich mee kunnen brengen.(18) Dat wijst er juist op dat de oudere ook nood heeft aan laagdrempelige zorg hieromtrent.

Ten slotte werd met deze Nederlandstalige studie een deel van de bevolking uitgesloten omdat ze de taal niet machtig genoeg zijn. We houden in deze studie dus geen rekening met bepaalde cultuurverschillen die mogelijks ook een belangrijke impact kunnen hebben op de ervaring bij een gesprek rond seksuele gezondheid, zoals in eerder onderzoek wel al ondervonden werd.(10) Deze studie kon geen verschil in ervaring aantonen tussen patiënten met Nederlands als moedertaal of een andere moedertaal. Ook daar hebben we waarschijnlijk een bias door het niet includeren van patiënten die een te groot gebrek hadden voor het Nederlands. Het zou interessant zijn om bij een vervolgstudie te registreren hoe vaak seksuele gezondheid besproken werd, maar we geen vragenlijst meegaven vanwege de taalbarrière. We zouden daarnaast ook een vervolgstudie kunnen doen juist om bij verschillende bevolkingsgroepen te peilen naar ervaringen rond en nood aan het bespreken van seksuele gezondheid. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door middel van tolken tijdens de consultaties en enquêtes in verschillende talen.

Deze studie liep volledig tijdens de covid-pandemie, die dan ongetwijfeld ook een impact heeft gehad op de resultaten ervan. Ten eerste verliep de inclusie van patiënten moeizamer. Zo werd er in huisartsengroep Terlinden beslist om enquêtes met de patiënten mee naar huis te geven, in plaats ze

meteen te laten invullen. De exacte responsgraad werd niet geregistreerd, maar het was ervaringsgewijs wel duidelijk dat vragenlijsten consequenter werden ingevuld wanneer patiënten dat meteen mochten doen zoals in Huisartsenpraktijk Korte Klaren het geval was.
Verder had de covid-pandemie ook een invloed op het consulteergedrag van patiënten. Aanvankelijk kwamen ze enkel voor urgente zaken nog tot op de praktijk. Veel zaken werden telefonisch verholpen waarbij geen inclusies konden gebeuren. Verder probeerden de artsen om consultaties zeker niet te laten uitlopen zodat wachtzalen niet vol zouden lopen. Dit resulteerde mogelijks in een sfeer waarbij seksuele gezondheid als "belangrijk - niet urgent onderwerp" gemakkelijker naar de achtergrond verdween.

De overgrote meerderheid van de patiënten was "helemaal akkoord' dat het zinvol was om met de huisarts over seksuele gezondheid te spreken en ze hielden er een positief gevoel aan over. We weten uit de literatuur dat slechts 15% van de patiënten met seksuele problemen zelf de stap naar hulp zal doen. (1, 9) Ook in onze studie waardeerde het absolute merendeel het als de huisarts zelf seksuele gezondheid ter sprake bracht. Ze wilden er niet enkel over spreken als ze zelf het onderwerp op tafel legden. Op de stelling "Ik vind het fijn om seksuele gezondheid te bespreken met mijn huisarts, maar enkel als ik zelf het initiatief neem" was het mediane antwoord "neutraal". Dit wijst op het belang van een proactieve aanpak zoals ons werd aangeleerd in het O4O model. Dit komt ook overeen met eerdere studies waarin duidelijk werd dat patiënten juist hopen dat de huisarts het initiatief neemt. (1, 9)

Veel patiënten zoeken seksuele gezondheidszorg in de eerste lijn.(5) De patiënten uit deze studie waren het er ook duidelijk over eens dat ze de huisarts de geschikte persoon vonden om seksuele gezondheid mee te bespreken. Bij een rangschikking kwam de huisarts zelfs als tweede naar voren (na de partner) als meest geschikte persoon om seksuele gezondheid mee te bespreken. Dit wijst op het belang van seksuele gezondheid als aandachtspunt in de huisartsenpraktijk. We moeten als huisarts onze cruciale rol hierin opnemen en seksuele gezondheid proactief op de kaart zetten.

In onze studie komt de huisarts dus naar voren als meest geschikte zorgverlener om seksuele gezondheid mee te bespreken. Er kunnen verschillende verklaringen zijn voor dit resultaat. Enerzijds is de huisarts erg laagdrempelig bereikbaar en kent de patiënt zijn huisarts of huisartsenpraktijk vaak al geruime tijd. Ook is het financieel een groot verschil om de huisarts te raadplegen tegenover andere hulpverleners zoals de seksuoloog of gynaecoloog. In België is zeker de seksuoloog nog een onderbelichte tak van de zorgberoepen, daarbovenop is er nauwelijks terugbetaling mogelijk. Een andere belangrijke kanttekening is natuurlijk dat we een voorselectie hadden bij inclusie van de studiesubjecten, alle geïncludeerde patiënten hebben reeds seksuele gezondheid met de huisarts besproken. Het zou interessant zijn om in een volgend onderzoek een bevraging te doen bij alle patiënten die langskomen bij de huisarts, en niet enkel bij degene waarmee seksuele gezondheid besproken werd. Daarnaast zouden we een gelijkaardige vragenlijst ook kunnen voorleggen aan patiënten die juist bij de gynaecoloog of seksuoloog zijn langsgekomen.
Tenslotte nog een kort woordje over de uroloog: deze komt in onze studie bij de rangschikking naar voor als een van de minst geschikte personen om seksuele gezondheid mee te bespreken. We vermoeden echter dat dit resultaat niet te interpreteren is doordat maar een kleine proportie van de deelnemers man was. In dezelfde trend zou het kunnen dat de gynaecoloog nog iets hoger zou scoren als we de resultaten van de mannelijke deelnemers eruit zouden halen. Nu is bij de rangschikking niet gecorrigeerd voor geslacht van de deelnemers.

Een van de sterke kanten van deze studie is dat we in twee verschillende praktijken patiënten konden includeren. We hebben zowel resultaten uit Edegem, dat in de groene zuidrand rond Antwerpen ligt, als uit hartje Antwerpen. Er werden geen verschillen in ervaring en nood tot

bespreking van seksuele gezondheid vastgesteld tussen deze twee praktijken. We bekeken ook of andere subgroepen een verschil in ervaring teweegbrachten. We konden echter vaststellen dat de ervaring rond een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts onafhankelijk was van het eigen geslacht, het geslacht van de huisarts, de moedertaal of de arts-patiëntrelatie. Dat betekent dat we ons als huisarts niet door zulke drempels mogen laten tegenhouden om seksuele gezondheid te bespreken.
Eén van de zaken die we konden vaststellen was dat patiënten eenzelfde ervaring hadden ongeacht hun huisarts van hetzelfde of een ander geslacht was als hen zelf. Het zou wel kunnen dat we hier met een bias zitten aangezien patiënten zelf kunnen kiezen bij welke arts ze op consultatie komen. Patiënten die het geslacht van de huisarts erg belangrijk vinden, zijn waarschijnlijk al bij een arts naar voorkeur geweest en beïnvloeden bijgevolg de resultaten niet in negatieve zin.

We konden een klein verschil merken tussen de groep patiënten die zelf het onderwerp ter sprake bracht, als waar de huisarts dat deed. Waarbij de groep die zelf initiatief nam het gesprek zinvoller vond, er een positiever gevoel aan overhield en het meer apprecieerde als de huisarts het zelf ter sprake zou brengen. Dit zou een teken kunnen zijn dat mensen die het zelf ter sprake vinden het doorgaans nog belangrijker vinden dat anderen. Langs de andere kant kan het er ook op wijzen dat patiënten nog steeds een drempel ervaren om dit onderwerp zelf bij de dokter ter sprake te brengen. Zo waren de antwoorden van de groep waar de huisarts het initiatief nam dan ook overwegend positief op al deze vragen. We kunnen het dus alleen maar als meer aanmoediging zien om seksuele gezondheid wél proactief te blijven bespreken.

Uit de literatuur blijkt tenslotte dat huisartsen het moeilijker vinden om seksuele gezondheid te bespreken met leden van de LGBTQ+ gemeenschap. (2, 15) We hebben in deze studie geen rekening gehouden met de seksuele geaardheid van patiënten. Het zou interessant zijn om bij vervolgonderzoek wel concreet naar hun ervaringen te peilen.

Besluit

We trachtten met dit onderzoek na te gaan of: a) Patiënten vinden dat de HA in de juiste positie is om over seksuele gezondheid te spreken.; b) Patiënten het waarderen als de HA proactief seksuele gezondheid ter sprake brengt.; en c) Patiënten een positief gevoel overhouden aan een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts. Ondanks enkele gebreken gaf deze studie toch een mooi beeld over de ervaringen van onze patiënten. De deelnemers vonden een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts overwegend erg positief en zinvol. Ze vonden de huisarts ook duidelijk de geschikte persoon om seksuele gezondheid mee te bespreken. Dit wijst op het belang van seksuele gezondheid als aandachtspunt in de huisartsenpraktijk. We moeten als huisarts onze cruciale rol hierin opnemen en seksuele gezondheid proactief op de kaart blijven zetten. We hopen dat deze resultaten een extra stimulans kunnen zijn voor of houvast kunnen bieden aan huisartsen die er nu nog niet op regelmatige basis mee bezig zijn.

Referentielijst

1. Verhoeven V, Colliers A, Verster A, Avonts D, Peremans L, Van Royen P. Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders? BMC health services research. 2007;7:149.
2. Stott DB. The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. Medical teacher. 2013;35(9):752-9.
3. Ruth Borms KV. Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen. Tijdschrift voor seksuologie. 2020;2020, jaargang 44, nummer 3.
4. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. American family physician. 2002;66(9):1705-12.
5. Wimberly Y, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore S, Fry-Johnson Y. Sexual History-Taking among Primary Care Physicians. Journal of the National Medical Association. 2007;98:1924-9.
6. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Family practice. 2004;21(5):528-36.
7. McCance KL, Moser R, Jr., Smith KR. A survey of physicians' knowledge and application of AIDS prevention capabilities. American journal of preventive medicine. 1991;7(3):141-5.
8. Metcalfe R, Laird G, Nandwani R. Don't ask, sometimes tell. A survey of men who have sex with men sexual orientation disclosure in general practice. International journal of STD & AIDS. 2015;26(14):1028-34.
9. Buysse Ae, Caen Me, Dewaele Ae, Enzlin Pe, Lievens Je, T'Sjoen Ge, et al. Seksuele gezondheid in Vlaanderen : [sexpert]: Gent : Academia press; 2013.
10. Botfield JR, Newman CE, Kang M, Zwi AB. Talking to migrant and refugee young people about sexual health in general practice. Australian journal of general practice. 2018;47(8):564-9.
11. Grossman JM, Nagar A, Charmaraman L, Richer AM. A Larger Ecology of Family Sexuality Communication: Extended Family Perspectives on Relationships, Sexual Orientation, and Positive Aspects of Sex. International journal of environmental research and public health. 2020;17(3).
12. Mark KP, Lasslo JA. Maintaining Sexual Desire in Long-Term Relationships: A Systematic Review and Conceptual Model. Journal of sex research. 2018;55(4-5):563-81.
13. Luft H, Larson E. Psychosocial correlates of safe sex communication between Latina women and their stable male partners: an integrative review. AIDS care. 2017;29(5):618-26.
14. Rancourt KM, Rosen NO, Bergeron S, Nealis LJ. Talking About Sex When Sex Is Painful: Dyadic Sexual Communication Is Associated With Women's Pain, and Couples' Sexual and Psychological Outcomes in Provoked Vestibulodynia. Archives of sexual behavior. 2016;45(8):1933-44.
15. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. Health & social care in the community. 2005;13(4):345-53.
16. Vautrin H, Senn N, Cohidon C. Primary prevention of sexually transmitted infections in Switzerland: practices of family physicians and their determinants-a national cross-sectional survey. BMJ open. 2020;10(9):e032950.
17. Fuzzell L, Shields CG, Alexander SC, Fortenberry JD. Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2017;61(1):6-23.
18. Ramanathan V, Redelman M. Sexual dysfunctions and sex therapy: The role of a general practitioner. Australian journal of general practice. 2020;49(7):412-5.
19. Dyer K, das Nair R. 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. 2013;10(11):2658-70.

20. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. Obstetrics and gynecology. 1989;73(3 Pt 1):425-7.
21. Schechtel J, Coates T, Mayer K, Makadon H. HIV risk assessment: physician and patient communication. Journal of general internal medicine. 1997;12(11):722-3.
22. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. Australian journal of primary health. 2014;20(3):298-304.

Bijlagen

Bijlage 1) Vragenlijst voor patiënten

Onderzoek *"Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk, wat is de ervaring van de patiënt?"*

Patiëntnummer (In te vullen door onderzoeks-arts):

Vragenlijst bij deelname aan de studie:

(Deze vragenlijst wordt volstrekt anoniem bewaard en gebruikt voor de studie.)

Volgens de definitie van het World Health Organisation (WHO) is seksuele gezondheid een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Spreken over seksuele gezondheid is dan ook heel ruim. Het kan gaan over seksualiteit in het algemeen, relaties, hiv/soa testen, seksuele moeilijkheden, anticonceptie, zwangerschap, ...

Kruis het juiste antwoord aan of vul zelf in waar mogelijk:

Huisarts waarmee u seksuele gezondheid besproken heeft:	...		
Leeftijd:	... jaar		
Geslacht:	◻ Vrouw	◻ Man	◻ X
Moedertaal:	☐ Nederlands ☐ Anders, namelijk: ...		
Bent u al eerder bij deze huisarts geweest?	☐ Neen	☐ Ja, al enkele keren	☐ Ja, het is mijn vaste huisarts
Wie heeft de aanzet gegeven om over seksuele gezondheid te spreken?	☐ Ikzelf	☐ De huisarts	

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik vond het zinvol om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik houd een positief gevoel over na het gesprek rond seksuele gezondheid.					
Ik vond het onaangenaam om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik waardeer het als mijn huisarts zelf seksuele gezondheid ter sprake brengt.					
Ik vind het belangrijk om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik vind het fijn om seksuele gezondheid te bespreken met mijn huisarts, maar enkel als ik zelf het initiatief neem.					
Ik vind de huisarts de geschikte persoon om over seksuele gezondheid te spreken.					
Ik wil liever niet met mijn huisarts over seksuele gezondheid spreken.					

Wie vindt u de meest geschikte persoon om mee te spreken over seksuele gezondheid? Rangschik van meest geschikt (1) naar minst geschikt (9)	... Nauwe vriend/vriendin ... Partner ... Nauw familielid ... Seksuoloog ... Psycholoog ... Huisarts ... Gynaecoloog ... Uroloog ... Anders, namelijk: ...

Bijlage 2) Gunstig advies Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 03-02-2021

Ons Kenmerk: 2020/481

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartspraktijk, wat is de ervaring van de patiënt?
B.U.N. 1432020000334

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de vragen van de commissie dd 6-Jan-2021, het protocol versie 2020-481 dd 24-Jan-2021, het informatie- en toestemmingsformulier voor patiënten versie 2020-481 dd 24-Jan-2021 en het informatie- ent oestemmingsformulier voor deelnemende huisartsen versie 2020-481 dd 24-Jan-2021 besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de **vergadering van 3 februari 2021**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. D. Michielsen, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Bijlage 3) Goedgekeurd Onderzoeksprotocol

Onderzoeksprotocol

Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk, wat is de ervaring van de patiënt?

Promotor:
Prof. dr. Johan Vansintejan, VUB

Begeleiders:
dr. Luc Debaene, Ruth Borms (Sensoa), dr. Katelijne Baetens

Onderzoeker:
Dr. Verschueren Aline (HAIO, ik kader van een masterthesis)

Naam van de studie: Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk, wat is de ervaring van de patiënt?

Introductie

Onderzoeksthema

1. Omkadering

   Volgens de definitie van het World Health Organisation (WHO) is seksuele gezondheid een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Het betreft daarbij niet enkel de afwezigheid van ziekte, dysfunctie of gebrek. (WHO, 2006a) Huisartsen hebben door hun positie in de eerstelijnsgeneeskunde als belangrijke functie om over de volledige gezondheid van een patiënt te waken, en daarmee dus ook de seksuele gezondheid.

   In deze studie richten we ons naast de fysieke kant, ook op de emotionele, mentale en sociale kant van seksuele gezondheid, vervat in het begrip 'Seksuele gezondheid'. Meer bepaald onderzoeken we de rol van de huisarts hieromtrent.

2. Probleemstelling
   - Er werd een lessenpakket "Onder 4 ogen" (O4O) ontwikkeld door Sensoa om huisartsen handvaten te bieden waarmee ze seksuele gezondheid proactief ter sprake kunnen brengen in de praktijk.
   - Dit lessenpakket wordt sinds enkele jaren aangeboden aan LOK-groepen, waarbij reeds een bevraging is georganiseerd naar de ervaring van de huisartsen rond het O4O lessenpakket.
   - We weten echter nog niet in hoeverre patiënten wensen dat hun huisarts seksuele gezondheid ter sprake brengt, en in hoeverre ze daarvan positieve effecten ondervinden op het seksueel welzijn. *('Gap')*
   - Door dat te onderzoeken kunnen we een beter beeld krijgen van de specifieke nood om seksuele gezondheid ter sprake te brengen in de huisartsenpraktijk. Het kan een extra argument of houvast zijn voor huisartsen die er nu nog niet op regelmatige basis mee bezig zijn. *('Hook')*

Onderzoeksvraag

1. *PICO*
   - P: Elke volwassen patiënt in de huisartsenpraktijk waarbij op een consultatie seksuele gezondheid ter sprake komt
   - I: Huisarts (HA) brengt seksuele gezondheid proactief ter sprake
   - C: Seksuele gezondheid komt ter sprake op initiatief van de patiënt
   - O: Waardering van de patiënt na een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts

2. *Doel van de studie:*

Bij de algemene patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk nagaan of:

a) Patiënten vinden dat de HA in de juiste positie is om over seksuele gezondheid te spreken.
b) Patiënten het waarderen als de HA pro-actief seksuele gezondheid ter sprake brengt.
c) Patiënten een positief gevoel overhouden aan een gesprek over seksuele gezondheid met de huisarts.

3. *Hypothesen:*

Onze hypothese stelt dat:

a) Patiënten de HA de geschikte persoon vinden om mee over seksuele gezondheid te spreken.
b) Patiënten het waarderen dat de HA proactief seksuele gezondheid ter sprake brengt.
c) Patiënten het positief ervaren wanneer ze met de HA seksuele gezondheid bespreken.

Methodologie

Literatuuronderzoek

Parallel met dit onderzoek zal een grondige studie van de literatuur uitgevoerd worden. In dit literatuuronderzoek wordt vooral gefocussed op seksuele gezondheid in Vlaanderen, en op de rol van de huisarts (general practitioner) bij het waarborgen van seksuele gezondheid in de bevolking.

Studieopzet

a) Kwantitatieve studie door middel van enquêtes. De deelnemende huisartsen volgen de LOK bijscholing "Onder 4 Ogen", waarbij ze praktische tools aangeboden krijgen om seksuele gezondheid proactief ter sprake te brengen.
b) Zowel voor, 1 week na als 3 maanden na afloop van de bijscholing worden de artsen een vragenlijst aangeboden. (Bijlage 1, 2 en 3)
c) Wanneer de huisarts meent dat seksuele gezondheid ter sprake is gekomen, biedt de huisarts de patiënt een toestemmingsformulier en vragenlijst aan om deel te nemen. In deze enquête wordt gepeild naar de ervaring en belevenis van de patiënt in verband met het gesprek rond seksuele gezondheid. (Bijlage 2)

Studiesubjecten

Alle huisartsen uit de deelnemende huisartsenpraktijken: Huisartsengroep Terlinden, Edegem EN Praktijkhuis Korte Klaren, Antwerpen

Patiënten uit de deelnemende huisartsenpraktijken: Huisartsengroep Terlinden, Edegem EN Praktijkhuis Korte Klaren, Antwerpen

a) Inclusiecriteria:
    a. Kwantitatieve studie: Elke patiënt die uit eigen initiatief op een consultatie langskomt die ouder is dan 18j en waarbij de huisarts oordeelt dat seksuele gezondheid ter sprake is gekomen. Deze huisarts includeert de patiënt.
b) Exclusiecriteria
    a. Leeftijd <18j
    b. Seksuele gezondheid is niet besproken tijdens het consult

Steekproefgrootte (poweranalyse)

- 10 huisartsen nemen deel aan de O4O bijscholing
- Elke HA tracht tijdens het verloop van de studie minstens 5 á 10 patiënten te includeren

Ethische aspecten

- Een aanvraag bij het ethisch comité wordt op .. ingediend.
- Om personen te includeren, wordt de patiënt na een consultatie waarbij seksuele gezondheid ter sprake kwam, gevraagd of hij/zij bereid is een vragenlijst in te vullen. Daarbij overloopt de arts samen met de patiënt het studieprotocol, waarna schriftelijk een geïnformeerde toestemming getekend wordt.
- Voordelen: als de patiënt meedoet met deze studie, kan dat belangrijke bijdrage leveren voor het wetenschappelijk onderzoek.
- Risico's en ongemakken: Deze studie houdt geen risico in voor de patiënt.

Interventie

- O4O-bijscholing aan de deelnemende huisartsen.
- Kwantitatieve studie door middel van enquêtes. De deelnemende huisartsen volgen allemaal de LOK bijscholing "Onder 4 Ogen", waarbij ze praktische tools aangeboden krijgen om seksuele gezondheid proactief ter sprake te brengen.
- De artsen proberen tijdens consultaties meer aandacht te hebben voor de pro-actieve bespreking van seksuele gezondheid.
- De patiënt zal niet vaker naar de praktijk moeten komen dan hij/zij gewoonlijk zou doen. De enige extra tijdsinvestering is de tijd die het duurt om de vragenlijst in te vullen.

Geplande meetmethoden:

- *Vragenlijst voor de deelnemende huisartsen, voor, na en 3 maanden na de bijscholing ingevuld.*
- *Enquête, inclusief open vragen na de interventie (bijlage 4)*
- *Klinische gegevens:* in het elektronisch dossier (Careconnect) zullen volgende factoren opgezocht worden: leeftijd, geslacht

Datacollectie en -verwerking:

Alle data zullen samengevat worden in een Excel file. De open vragen zullen gebundeld worden.
De verschillende variabelen die in de database zullen worden opgenomen zijn:

a) *Verkregen door middel van anamnese:*
   - Discrete variabelen: Leeftijd en geslacht,
   - Continue variabelen: antwoorden op de vragen
   - Open vragen

DISCUSSIE: SWOT ANALYSE

a) *Sterkte(s):*
   Het onderwerp van deze studie is een weinig onderzocht gegeven. De resultaten zullen een unieke inkijk geven op de ervaring van patiënten in relatie tot het bespreken van seksuele gezondheid.
b) *Zwakte(s):*
   - Deze studie werd eerst opgestart in één huisartsenpraktijk. Deze praktijk bevindt zich in Edegem, een randgemeente van Antwerpen. Door de specifieke locatie van deze praktijk kunnen we de conclusies uit deze studie niet zomaar extrapoleren naar de algemene bevolking. Het kan echter wel een mooie opstap zijn om het debat open te trekken, en eventueel in de toekomst de studie uit te breiden naar andere praktijken zodat we een correctere weergave van de algemene bevolking kunnen bekomen.
   - Dit onderzoek draait volledig rond de communicatie tussen de huisarts en zijn/ haar patiënt. Bijgevolg vormen eventuele taalbarrières een grote hindernis voor deze studie.
c) *Opportuniteiten:*
   - Doordat we de studie opstarten vanuit een grote groepspraktijk (11 artsen) kunnen we op een efficiënte manier een relatief grote groep patiënten includeren.
   - Hierbij includeren we nog een extra praktijk uit Antwerpen centrum. Daardoor kunnen we nog meer patiënten en met andere achtergrond includeren.
d) *Bedreigingen:*
   Zoals voor zoveel zaken houdt de corona-pandemie ook enkele bedreigingen in voor deze studie. We merken in de dagdagelijkse praktijk op dat patiënten zorg uitstellen, of op een andere manier naar de dokter gaan dan voordien. Aangezien inclusie van patiënten afhankelijk is van het initiatief van patiënten zelf om een consultatie te plannen, kan dit mogelijks een vertekend beeld geven.
   Een ander aspect van de corona-pandemie is dat we nu allemaal mondmaskers dragen, het is voorlopig nog niet duidelijk in hoeverre dit invloed heeft op onze communicatie met patiënten.

Bijlage 4: Enquête voor patiënten na inclusie

Kruis het juiste antwoord aan of vul zelf in waar mogelijk:

Huisarts waarmee u seksuele gezondheid besproken heeft:	…		
Leeftijd:	… jaar		
Geslacht:	□ Vrouw	□ Man	□ X
Moedertaal:	☐ Nederlands ☐ Anders, namelijk: …		
Bent u al eerder bij deze huisarts geweest?	☐ Neen	☐ Ja, al enkele keren	☐ Ja, het is mijn vaste huisarts
Wie heeft de aanzet gegeven om over seksuele gezondheid te spreken?	☐ Ikzelf	☐ De huisarts	

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik vond het zinvol om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik houd een positief gevoel over na het gesprek rond seksuele gezondheid.					
Ik vond het onaangenaam om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik waardeer het als mijn huisarts zonder directe aanleiding mijn seksuele gezondheid ter sprake brengt.					
Ik vind het belangrijk om over seksuele gezondheid te spreken met mijn huisarts					
Ik vind het fijn om seksuele gezondheid te bespreken met mijn huisarts, maar enkel als ik zelf het initiatief neem.					
Ik vind de huisarts de geschikte persoon om over seksuele gezondheid te spreken.					
Ik wil liever niet met mijn huisarts over seksuele gezondheid spreken.					
Ik zou graag hebben dat mijn huisarts tijdens élke consultatie naar mijn seksuele gezondheid vraagt					

Wie vindt u de meest geschikte persoon om mee te spreken over seksuele gezondheid? Rangschik van meest geschikt (1) naar minst geschikt (9)	… Nauwe vriend/vriendin … Partner … Nauw familielid … Seksuoloog … Psycholoog … Huisarts … Gynaecoloog ... Uroloog … Anders, namelijk: …

Referenties

1. Buysse Ae, Caen Me, Dewaele Ae, Enzlin Pe, Lievens Je, T'Sjoen Ge, et al. Seksuele gezondheid in Vlaanderen : [sexpert]: Gent : Academia press; 2013.
2. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. Journal of clinical nursing. 2019;28(17-18):3065-76.
3. Barnhoorn PC, Zuurveen HR, Prins IC, van Ek GF, den Oudsten BL, den Ouden MEM, et al. Unravelling sexual care in chronically ill patients: the perspective of GP practice nurses; Health Service Research. Family practice. 2020.
4. Botfield JR, Newman CE, Kang M, Zwi AB. Talking to migrant and refugee young people about sexual health in general practice. Australian journal of general practice. 2018;47(8):564-9.
5. Ludlam AH, Saxton PJ, Dickson NP, Hughes AJ. General practitioner awareness of sexual orientation among a community and internet sample of gay and bisexual men in New Zealand. Journal of primary health care. 2015;7(3):204-12.
6. Metcalfe R, Laird G, Nandwani R. Don't ask, sometimes tell. A survey of men who have sex with men sexual orientation disclosure in general practice. International journal of STD & AIDS. 2015;26(14):1028-34.
7. Ramanathan V, Redelman M. Sexual dysfunctions and sex therapy: The role of a general practitioner. Australian journal of general practice. 2020;49(7):412-5.
8. Stott DB. The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. Medical teacher. 2013;35(9):752-9.
9. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. Australian journal of primary health. 2014;20(3):298-304.