Hoe bekwaam voelen Vlaamse huisartsen zich om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten?

Daniel Maes, Thomas Van Vaerenbergh, Silke Bogaert en Caroline Fivet

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Alexis Dewaele

Copromotor: dokter Jessica Tilley

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

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 zich 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

Deze masterproef kwam tot stand als onderdeel van de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde en werd door vier huisartsen-in-opleiding gerealiseerd. Na drie jaar van toewijding, onderzoek en samenwerking, zijn wij enorm verheugd de resultaten van ons onderzoek te kunnen presenteren.

Allereerst willen we elkaar bedanken voor de voortdurende steun en motivatie gedurende dit proces. Zonder onze gezamenlijke inspanningen zouden we niet zo ver gekomen zijn. Daarnaast willen we ook onze partners, familie en vrienden bedanken voor hun geduld en aanmoedigingen tijdens dit academische traject. Hun onvoorwaardelijke steun heeft ons door moeilijke momenten geholpen.

Een speciale dank gaat verder uit naar onze promotor, Prof. Dr. Alexis Dewaele, en onze copromotor, Dr. Jessica Tilley. Hun begeleiding, expertise en deskundig advies hebben ons geholpen dit onderzoek tot een succesvol einde te brengen.

Onze oprechte dank gaat ook uit naar de deelnemende artsen, wiens medewerking en inzichten essentieel waren voor het succes van dit onderzoek.

Tenslotte kunnen we dit voorwoord niet eindigen zonder een speciale vermelding van Baroness, onze mascotte. Als huiskat van één van de onderzoekers was zij altijd aanwezig tijdens onze bijeenkomsten en stond zij klaar voor een knuffel of aaitje. Helaas overleed Baroness tijdens het schrijfproces van deze masterproef. Ze wordt gemist!

Abstract

Hoe bekwaam voelen Vlaamse huisartsen zich om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten?

HAIO's: Daniel Maes, Thomas Van Vaerenbergh, Silke Bogaert en Caroline Fivet

Promotor: Alexis Dewaele

Copromotor: Jessica Tilley

Context: Het is bekend dat niet-heteroseksuele personen andere zorgvragen en zorgnoden hebben dan heteroseksuele personen. De huisarts vormt een belangrijke schakel in de aanpak van deze gezondheidsverschillen. Het bespreken van de seksuele oriëntatie tussen huisartsen en patiënten is daarom belangrijk, maar toch bestaan er verschillende factoren die deze communicatie bemoeilijken. Er is op heden weinig geweten over hoe Vlaamse huisartsen kijken naar het bespreken van seksuele oriëntatie met hun patiënten.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek willen we te weten te komen hoe bewust Vlaamse huisartsen zich zijn over de impact van seksuele oriëntatie op gezondheid, welke rol ze opnemen bij het bespreken van seksuele oriëntatie, hoe deze communicatie verloopt en hoe bekwaam ze zich hierin voelen.

Methode: Voor dit kwalitatief onderzoek werden semigestructureerde interviews afgenomen bij tien Vlaamse huisartsen. De afname van de interviews vond plaats tussen 01/05/2023 en 31/12/2023. De verzamelde gegevens werden op basis van thematische analyse vergeleken.

Resultaten: De meeste geïnterviewde huisartsen zijn zich grotendeels bewust van bestaande gezondheidsverschillen op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en mentaal welzijn. Het kennen van de seksuele oriëntatie van hun patiënten wordt door de meesten als een meerwaarde gezien, vooral als die als medisch relevant wordt beschouwd. De participanten voelen zich voldoende bekwaam om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten. Er is wel verdeeldheid over de rol die de huisarts hierbij op dient te nemen. Er kwamen verschillende drempels en faciliterende factoren aan bod die de communicatie beïnvloeden. Er zijn verschillende strategieën in het noteren van informatie over seksuele oriëntatie in het elektronisch medisch dossier.

Conclusie: Op basis van de resultaten werden suggesties voor verder onderzoek en ook enkele praktijkadviezen geformuleerd. De bevindingen rond communicatie over seksuele oriëntatie dienen geverifieerd te worden bij een grotere representatieve groep huisartsen. Ook bepaalde beïnvloedende factoren zoals leeftijd en religie verdienen verdere aandacht. Daarnaast kan onderzoek naar de patiëntenbeleving van Vlaamse niet-heteroseksuele patiënten ook waardevolle informatie verschaffen. In de praktijk lijkt het implementeren van meer opleiding en bijscholing over gezondheidsverschillen en communicatieve vaardigheden rond seksuele oriëntatie zinvol. Daarnaast verdient de mogelijkheid tot gestructureerd noteren van seksuele oriëntatie in elektronische dossiers meer aandacht.

Inhoudstafel

Voorwoord 3
Abstract 4
Inhoudstafel 5
1. Inleiding 6
2. Oriënterend literatuuronderzoek 7
2.1. Cijfers en gebruikte terminologie 7
2.2. Impact van seksuele oriëntatie op gezondheid 8
2.2.1. Seksuele en reproductieve gezondheid 8
2.2.2. Psychosociaal welzijn 10
2.2.3. Andere gezondheidsrisico's 11
2.3. Communicatie tussen arts en patiënt over seksuele oriëntatie 11
2.3.1. Openheid over seksuele oriëntatie en de invloed hiervan op gezondheid 11
2.3.2. Bekwaamheid en beïnvloedende factoren 13
2.3.3. Bestaande handvatten voor artsen bij het bespreken van seksuele oriëntatie met hun patiënten 15
2.4. Medisch dossier 17
2.5. Besluit 18
3. Methodologie 19
3.1. Studiedesign 19
3.2. Doelgroep 19
3.3. Rekrutering 19
3.4. Dataverzameling 20
3.5. Data-analyse 20
4. Resultaten 21
4.1. Relevantie van seksuele oriëntatie in de praktijk 21
4.2. Rol van de huisarts bij het bespreken van seksuele oriëntatie 23
4.3. Bekwaamheidsgevoel van huisartsen bij het bespreken van seksuele oriëntatie 24
4.3.1. Artsafhankelijke factoren 24
4.3.2. Patiëntafhankelijke factoren 26
4.3.3. Consultafhankelijke factoren 27
4.4. Gebruikte communicatietechnieken 27
4.5. Noteren van seksuele oriëntatie in het medisch dossier 29
4.6. Opleidingen over seksuele oriëntatie 30
5. Discussie 32
6. Besluit 36
7. Referenties 37
8. Verplichte Bijlagen 41
8.1. Goedgekeurde vragenlijst 41
8.2. Gunstig advies Ethisch Comité 42

1. Inleiding

Een aanzienlijk deel van de Vlaamse bevolking identificeert zich als niet-heteroseksueel, namelijk 3.3% (1). Wanneer we niet alleen kijken naar zelfidentificatie, maar ook naar seksueel verlangen en gedrag, blijkt zelfs 3.9% van de mannen en 9.8% van de vrouwen homo- of biseksuele verlangens, contacten of identiteit te rapporteren (1).

De maatschappelijke aanvaarding van homo- en biseksualiteit is in de laatste decennia aanzienlijk toegenomen. De taboes zijn stilaan verleden tijd en seksuele en genderdiversiteit vormen intussen een essentieel onderdeel van onze diverse samenleving. Ondanks deze vooruitgang ervaren niet-heteroseksuele personen nog steeds verschillende drempels en moeilijkheden, ook binnen de gezondheidszorg. Dit blijkt uit de significante verschillen in de frequentie en aard van gezondheidsproblemen tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele personen, met bijvoorbeeld een hogere prevalentie aan SOA's, mentale problemen en bepaalde vormen van kanker bij niet-heteroseksuele patiënten (2–7).

Als huisartsen-in-opleiding worden wij, zowel binnen als buiten ons werk, regelmatig geconfronteerd met deze dubbele realiteit. Op veel plekken lijkt seksuele diversiteit vandaag bijna een non-issue te zijn. En toch is open zijn over zijn/haar/hun seksuele oriëntatie niet voor iedereen even vanzelfsprekend. Daarnaast is open communicatie met zorgverleners over seksualiteit verre van de realiteit en zien ook wij bepaalde fysieke en mentale problemen vaker voorkomen bij niet-heteroseksuele patiënten.

Als huisarts zijn we vaak een eerste en laagdrempelig aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg. De verschillen in de zorg die niet-heteroseksuele personen ervaren, beginnen dus al in de huisartsenpraktijk. Het is dan ook essentieel dat huisartsen zich communicatief voldoende competent voelen om het onderwerp seksuele oriëntatie met hun patiënten te bespreken en dat ze zich bewust zijn van de bestaande verschillen op het vlak van gezondheid.

De laatste jaren is er een toenemend aantal onderzoeken en aanbevelingen verschenen over de gezondheidsverschillen en gezondheidsnoden van niet-heteroseksuele patiënten, ook in België. Zo erkende de Orde der Artsen in 2021 dat niet-heteroseksuele patiënten minder toegang hebben tot gezondheidszorg en hierdoor noodzakelijke zorg missen. Zij formuleerden een advies om zich als arts bewust te zijn van deze verschillen en gepaste terminologie en communicatie toe te passen (8).

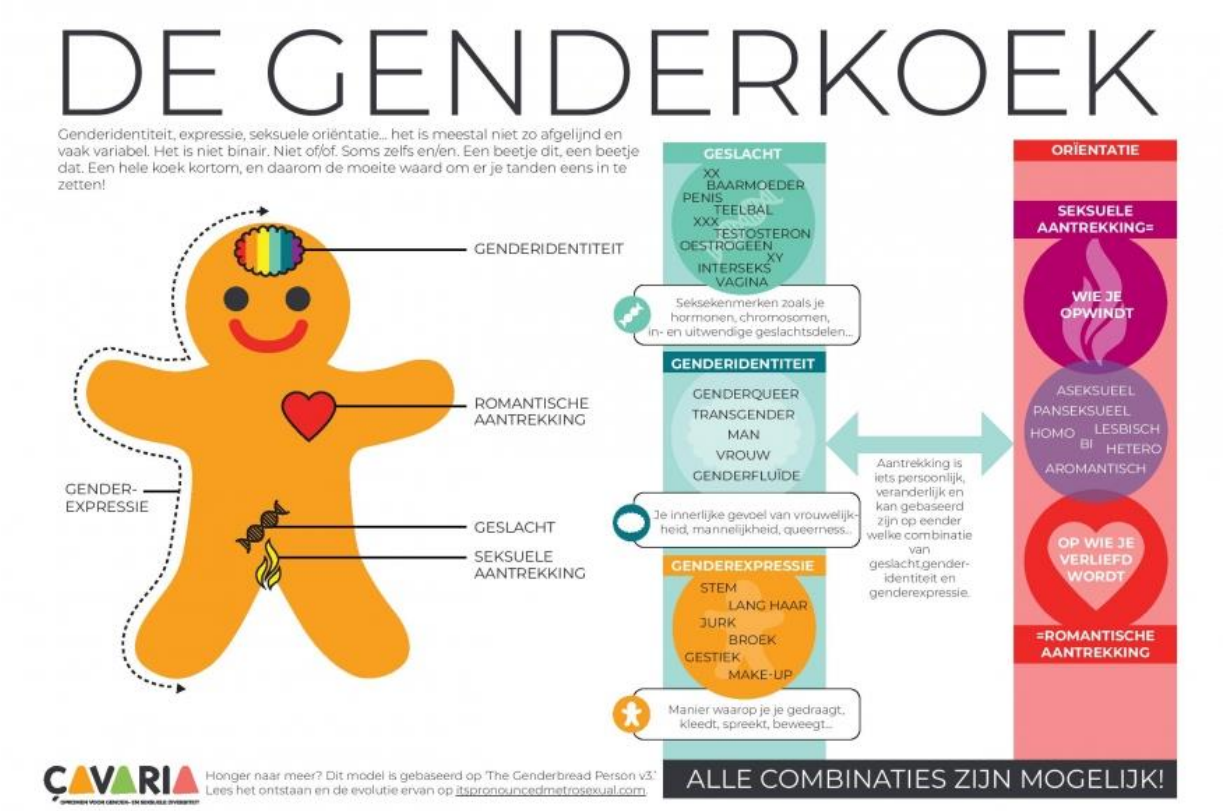
Met dit onderzoek pogen wij te weten te komen hoe bekwaam Vlaamse huisartsen zich voelen om het onderwerp seksuele oriëntatie met hun patiënten te bespreken, en ruimer, hoe zij kijken naar de verschillen in zorg tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele patiënten. Door de visie van huisartsen te kennen, hopen we een aanzet te kunnen geven tot een verbetering van de huidige situatie en zo te kunnen streven naar meer gelijkwaardigheid voor niet-heteroseksuele personen.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Cijfers en gebruikte terminologie

Binnen dit onderzoek leggen we de nadruk op de **seksuele oriëntatie** van patiënten. Seksuele oriëntatie wordt gedefinieerd als de romantische en seksuele aantrekking die men voelt tot anderen (9,10). Hierbij verwijst romantische aantrekking naar op wie men verliefd wordt, terwijl seksuele aantrekking gaat over van wie men opgewonden raakt (9,10). Als heteroseksueel persoon voel je je romantisch en/of seksueel aangetrokken tot personen van een ander geslacht, terwijl dit voor holebipersonen niet of niet uitsluitend het geval is (10). Het woord holebi is hierbij een samentrekking van de termen homoseksueel, lesbisch en biseksueel (10). Het is minder inclusief dan LGBTQI+, hetgeen staat voor Lesbisch, Gay[1], Biseksueel, Transgender, Queer en Intersekse (9,10). Het plusteken benadrukt een inclusieve benadering van diversiteit (9,10).

Bovenstaande terminologie is grotendeels gebaseerd op **'de Genderkoek'**, een internationale tool ontwikkeld om het tweeledige denksysteem over gender, seksuele voorkeur en seksuele aantrekking te doorbreken (9).



Figuur 1. De Genderkoek. (9)

In 'de Genderkoek' komen ook andere concepten aan bod, zoals **geslacht, genderidentiteit en genderexpressie** (9,10). Iemands geslacht wordt bij de geboorte bepaald op basis van biologische en lichamelijke kenmerken (9,10). Iemands gender daarentegen wordt bepaald door de kenmerken, eigenschappen, talenten en verwachtingen die we als maatschappij toekennen aan mannen en vrouwen (9,10). Het is met andere woorden een sociale constructie die de positie van personen in de samenleving mee bepaalt (9,10). Genderidentiteit, ook wel psychologisch geslacht genoemd, verwijst naar iemands persoonlijke beleving van hun gender, waarbij iemand zichzelf kan identificeren als man, vrouw, beide of geen van beide (9,10). Genderexpressie omvat tenslotte de manier waarop iemand zijn

[1] Engels woord voor homoseksueel.

gender tot uiting brengt, bijvoorbeeld door middel van kleding, spraak en gedrag (9,10).

Hoewel concepten als geslacht, gender, genderidentiteit en genderexpressie geconnecteerd zijn met seksuele oriëntatie, zullen wij deze in dit onderzoek buiten beschouwing laten. We focussen ons op seksuele oriëntatie omdat een focus op gender en genderidentiteit andere uitdagingen voor de gezondheidszorg met zich meebrengt die bijzondere aandacht verdienen.

Niet-heteroseksuele personen vormen een **grote en belangrijke groep** binnen onze samenleving. In 2013 bracht de Sexpert-studie gegevens bijeen over de seksuele oriëntatie van mannen en vrouwen in Vlaanderen (1). Seksuele oriëntatie werd hierbij gemeten aan de hand van verschillende dimensies, zoals zelfidentificatie, seksueel verlangen en seksueel gedrag (1). Van de 1.832 respondenten identificeerde 3.3% zichzelf als holebi (1). Echter, wanneer alle drie de dimensies in rekening werden genomen, bleek 3.9% van de mannen en 9.8% van de vrouwen, zich op minstens één van drie bovengenoemde dimensies als niet-heteroseksueel te positioneren (1). Deze bevindingen komen overeen met meer recente Nederlandse cijfers waar uit een onderzoek uit 2017 bleek dat ongeveer 4% van de mannen en vrouwen zich evenveel, vooral of uitsluitend aangetrokken voelt tot personen van hetzelfde geslacht (1). Volgens een recente Amerikaanse studie zou tot zelfs 28% van de jongeren tussen 18 en 25 jaar zich identificeren als LGBTQI+ (11), wat natuurlijk een ruimer begrip is dan enkel niet-heteroseksualiteit.

2.2. Impact van seksuele oriëntatie op gezondheid

Uit internationale literatuur blijkt dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de frequentie en aard van gezondheidsproblemen tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele personen (12). Zo wordt een hogere **morbiditeit** en volgens een Amerikaanse retrospectieve studie zelfs een verhoogde algemene **mortaliteit** gezien in vergelijking met heteroseksuele personen (3). Deze studie concludeerde dat personen uit seksuele minderheidsgroepen dubbel zoveel kans hebben op overlijden ten opzichte van heteroseksuele personen (13). Dit zou verklaard kunnen worden door het vaker voorkomen van bepaalde risicofactoren en gezondheidsproblemen, die hierna verder gespecificeerd worden. Niet-heteroseksuele personen schatten hun eigen levensverwachting ook minder hoog in dan heteroseksuelen (14). Ook binnen de niet-heteroseksuele patiëntenpopulatie zelf bestaan er gezondheidsverschillen. Zo wordt globaal een minder goede mentale en fysieke gezondheid gezien bij biseksuele mannen en vrouwen ten opzichte van homoseksuele mannen en vrouwen (12). Daarnaast toonde onderzoek in het Verenigd Koninkrijk ook aan dat de toegang tot zorg lager is voor niet-heteroseksuele patiënten, met minder deelname aan screeningsprogramma's en meer ontevredenheid over de verleende zorg (2). Er blijkt dus een belangrijk verschil te zijn in de kwaliteit van zorg voor niet-heteroseksuele patiënten. Dit maakt dat ook de zorgvragen en -behoeften anders zijn.

Er zijn verschillende factoren die kunnen bijdragen aan de ongelijkheden in de gezondheidsproblemen zoals hierboven beschreven. Eén belangrijke verklaring is te vinden in de copingstrategieën die worden gehanteerd om stigma en minderheidsstress het hoofd te bieden (2). Het vermijden van gezondheidszorginstanties kan bijvoorbeeld voortkomen uit een verhoogde gevoeligheid voor het oordeel van hulpverleners en uit bezorgdheden rond de behandeling van vertrouwelijke informatie (2).

Volgens een Britse studie kunnen de verschillende factoren die zorgen voor een **verminderde toegang tot gezondheidszorg** bij niet-heteroseksuele personen worden onderverdeeld in drie groepen: (a) angst voor discriminatie bij niet-heteroseksuele patiënten, (b) effectieve discriminatie door zorgverleners, (c) breder geïnstitutionaliseerd heteroseksisme binnen de gezondheidszorg. Deze factoren kunnen niet alleen leiden tot beperkte beschikbaarheid van zorgverlening, maar ook tot negatieve ervaringen met verleende zorg (15).

Hieronder zullen we ingaan op enkele belangrijke voorbeelden van verschillen in gezondheid.

2.2.1. Seksuele en reproductieve gezondheid

SOA’s en HIV

Er bestaan aanzienlijke ongelijkheden in het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s) bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) ten opzichte van heteroseksuele personen

(16). De meest voorkomende SOA bij MSM is gonorroe. Ongeveer de helft van de diagnoses van deze SOA in België werd in 2020 en 2021 vastgesteld bij MSM, terwijl dit een minderheid van de Belgische bevolking vormt. Ook syfilis en chlamydia komen vaker voor bij MSM, waarbij respectievelijk 70% en 20% van de diagnoses gesteld werden bij MSM. Ten slotte is ook besmetting met HIV (humaan immunodeficiëntievirus) meer prevalent bij MSM (6). Cijfers van Sensoa tonen voor België in 2022 597 nieuwe diagnoses van HIV, waarvan 43% gesteld werden bij MSM (17). Ook in andere landen komt HIV vaker voor bij MSM; zo is in Nieuw-Zeeland de prevalentie van HIV bij MSM veertig keer hoger dan bij heteroseksuele mannen en vrouwen (16). Hoewel evolutie naar het AIDS-syndroom als gevolg van HIV de laatste decennia voorkomen kan worden door antiretrovirale therapie, heeft HIV nog steeds een grote impact op besmette patiënten. Zo hebben zij een hogere kans op het ontwikkelen van angst- en stemmingsstoornissen, cognitieve problemen en cardiovasculaire aandoeningen (7,18). Om het risico op HIV-besmetting te reduceren, is condoomgebruik bij seksueel contact en regelmatige screening bij risicogedrag aangewezen (19). De laatste jaren is ook pre-exposure profylaxe (PrEP) mogelijk. Dit is de toediening van antiretrovirale medicatie vóór het plaatsvinden van seksueel contact, zodat overdracht wordt voorkomen (20). Dit laatste vermindert, wanneer correct ingenomen, het besmettingsrisico met ongeveer 99% (19). In België is PrEP beschikbaar in HIV-referentiecentra (21). Patiënten moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen om terugbetaling voor deze medicatie te krijgen (20).

De hogere prevalentie van SOA's bij MSM zou deels kunnen verklaard worden door het vaker voorkomen van risicovol seksueel gedrag. Zo hebben MSM gemiddeld meer bedpartners dan heteroseksuele personen (22). Verder is het besmettingsrisico voor HIV bij anaal contact hoger dan bij vaginaal contact. Bij anaal contact is dit 0,8 tot 3,2% en bij vaginaal contact 0,04 tot 0,12% (23).

HPV-gerelateerde aandoeningen

Een Amerikaanse studie beschreef dat lesbische vrouwen minder vaak worden aangemoedigd om zich te laten screenen op baarmoederhalskanker. De reden dat lesbische vrouwen hiertoe minder worden aangespoord is dat vaak wordt aangenomen dat zij een lager risico lopen op HPV-infecties (24). Dit is echter niet in lijn met de huidige richtlijnen (24). HPV-infectie komt ook voor bij 'exclusief lesbische vrouwen', hetgeen suggereert dat de seksuele overdracht van HPV ook tussen vrouwen mogelijk is (25). Er is dan ook nood aan bewustmaking bij lesbische vrouwen en gezondheidsmedewerkers om de screening op baarmoederhalskanker bij deze groep te vergroten (25). Biseksuele vrouwen ondergaan daarentegen vaker HPV-vaccinaties en cervicale uitstrijkjes dan heteroseksuele vrouwen (24).

In België zijn er geen cijfers beschikbaar over verschillen in deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker tussen heteroseksuele, biseksuele of lesbische vrouwen.

Daarnaast hebben MSM ook een hogere kans op infectie met het Humaan Papillomavirus (HPV), hetgeen onder andere in verband wordt gebracht met anale kanker (16). Hierdoor wordt nu meer aandacht besteed aan het belang van vaccinatie van mannen tegen HPV, waar dit vroeger enkel gepromoot werd voor jonge vrouwen in de preventie van baarmoederhalskanker (16). Het gratis aanbieden van het vaccin tegen HPV bij jongens gebeurt in België sinds september 2019. De Belgische Hoge Gezondheidsraad (HGR) gaf in 2017 het advies om de HPV-vaccinatie uit te breiden naar jongens, om naast de preventie van baarmoederhalskanker ook bescherming te bieden tegen andere HPV-gerelateerde kankers en anogenitale wratten. Bij jongens is de grootste winst te verwachten bij degenen die later homoseksuele contacten zullen hebben. Daarnaast biedt het vaccineren van zowel meisjes als jongens een toename van de groepsimmuniteit. Voor adolescenten en volwassenen van 15 tot en met 26 jaar die nog niet gevaccineerd werden, kan vaccinatie op individuele basis aangeboden worden, echter zonder terugbetaling. MSM worden hierbij als belangrijkste doelgroep gezien. De grootste winst is te verwachten wanneer de persoon nog niet seksueel actief is (26,27).

Kinderwens

Homoseksuele koppels kunnen geen kinderen verwekken door geslachtsgemeenschap met elkaar. Hierdoor kunnen zij moeilijkheden ervaren indien een kinderwens aanwezig is. Bij lesbische koppels is er de mogelijkheid tot inseminatie met donorsperma, een optie die voor homoseksuele mannelijke koppels niet aanwezig is. Inseminatie kan echter ook met drempels gepaard gaan, bijvoorbeeld kostprijs en discriminatie ten opzichte van heteroseksuele koppels, die wel spontaan zwanger kunnen worden, doordat zij, bevraagd aan de hand van vragenlijsten, aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. Homoseksuele koppels kunnen zich in België ook kandidaat stellen voor adoptie. Ook een

adoptieproces kan bepaalde moeilijkheden met zich meebrengen. Zo zijn er bij dit proces ook strenge selectieprocedures. Bovendien moet er bij interlandse adoptie voldaan worden aan criteria van het land van herkomst en in veel landen heerst er nog steeds een taboe rond holebiseksualiteit (28).

2.2.2. Psychosociaal welzijn

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat niet-heteroseksuele personen vaker te maken krijgen met mentale gezondheidsproblemen zoals angst, depressie, eetstoornissen, zelfverminking en suïcide(pogingen) (2–4,7,12,29–31). In het Verenigd Koninkrijk komen bij niet-heteroseksuele personen vaker **mentale stoornissen** voor die een impact hebben op het functioneren: 9% van de homoseksuele en 14% van de biseksuele mannen ten opzichte van 3% van de heteroseksuele mannen en 16% van de lesbische en 26% van de biseksuele vrouwen ten opzichte van 8% van de heteroseksuele vrouwen (7). Daarnaast ervaren zij ook meer eenzaamheid (32). Een andere studie in het Verenigd Koninkrijk toonde voor depressie, angst, zelfverminking en suïcide een verdubbeling in risico aan bij niet-heteroseksuele patiënten ten opzichte van heteroseksuele patiënten (2). Een Amerikaanse studie toonde bij jonge (16-24 jaar) homo- en biseksuele mannen zes keer zoveel **zelfmoordpogingen** als bij mannen in het algemeen aan (5,31). Wanneer ze erover worden bevraagd, rapporteren niet-heteroseksuele personen dan ook vaak een slechter mentaal welbevinden in vergelijking met heteroseksuele personen (5,31).

Naast de vermelde mentale gezondheidsproblemen is er ook meer sprake van **middelenmisbruik**, waaronder bingedrinking en roken. Algemeen middelenmisbruik komt, volgens een grootschalig onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, anderhalf keer zoveel voor bij niet-heteroseksuele personen als bij heteroseksuele personen. Bij homo- en biseksuele mannen is er tweemaal zoveel alcoholmisbruik als bij heteroseksuele mannen. Bij personen ouder dan 55 jaar gebruikt 35% van de niet-heteroseksuele mannen 5 dagen per week alcohol, ten opzichte van 20% van de heteroseksuele mannen. Bij vrouwen is dit 19% van de niet-heteroseksuele vrouwen ten opzichte van 15% van de heteroseksuele vrouwen. Ook roken komt vaker voor bij niet-heteroseksuele personen. Bij jonge (18-19 jaar) niet-heteroseksuele mannen komt roken 2,4 keer vaker voor dan bij heteroseksuele mannen. Middelenmisbruik is dan weer een risicofactor voor vele andere aandoeningen (7).

Binnen deze populatie is ook het aantal gevallen van **seksueel misbruik** hoger. 14% van de homoseksuele en 20% van de biseksuele mannen ervaart seksueel geweld, ten opzichte van 5% bij heteroseksuele mannen. Bij de vrouwelijke populatie ervaart 27% van de lesbische en 39% van de biseksuele personen seksueel geweld. Bij heteroseksuele vrouwen is dit 21% (4). Of **partnergeweld** vaker voorkomt bij niet-heteroseksuelen, is niet helemaal duidelijk. Een studie in het Verenigd Koninkrijk meldt bij deze groep een hogere incidentie van partnergeweld (7), maar studies uit Nederland en België kunnen dit niet bevestigen (33,34). Niet-heteroseksuele personen ervaren wel vaker respectloos gedrag door de familie of partner (12% voor homoseksuelen, 14% voor biseksuelen, 8% voor heteroseksuelen) (34). Buiten een familiale context worden zij wel degelijk vaker slachtoffer van geweld. In België gebeurden in 2022 1682 geregistreerde hate crimes[2], waarvan 234 omwille van het behoren tot een seksuele minderheidsgroep (35). Ook **discriminatie** komt bij deze populatie voor. Bij Gen Z volwassenen (18 tot 25 jaar oud) in de VS ervaart namelijk 20% van de mensen discriminatie op basis van seksuele oriëntatie (11).

Niet-heteroseksuele jongeren krijgen vaker te maken met **armoede en dakloosheid**. In de VS rapporteerde 12% van de niet-heteroseksuele jongeren dakloos te zijn, ten opzichte van 4,1% van de heteroseksuele jongeren. De grootste oorzaak hiervan is **afwijzing door ouders**. Volgens deze studie ziet men in landen met een grotere acceptatie van holebiseksualiteit een minder grote kloof tussen deze groepen (36,37). Dit toont het belang van deze acceptatie aan. In België worden cijfers in verband met dakloosheid bij jongeren wel bijgehouden door de Universiteit Gent en de KU Leuven, maar er wordt geen melding gemaakt van een verband met seksuele oriëntatie. Verder voelen deze jongeren zich vaker **onveilig op school**. Volgens een enquête van Çavaria voelt 41% van de LGBT+ jongeren zich onveilig op school vanwege hun seksuele oriëntatie. Bijna een kwart van hen vermijdt daarom de toiletten en kleedkamers van de school. Eén vijfde van hen miste minstens één dag school tijdens de maand voorafgaand aan de enquête, vanwege het onveiligheidsgevoel (38).

[2] Onder deze term wordt verstaan: fysiek geweld, bedreiging, beledigingen, vandalisme, overval en seksueel ongewenste handelingen.

Op oudere leeftijd geven niet-heteroseksuele personen vaker eenzaamheid en kwetsbaarheid aan. In woonzorgcentra (WZC) zijn zij zelfs geneigd om opnieuw hun seksuele oriëntatie te verbergen. Oorzaken hiervan zijn angst voor discriminatie door zorgverleners en angst voor verwaarlozing of zelfs geweld. Een groot deel van de ouderen in WZC, of hun naasten, rapporteert effectief verbaal of fysiek geweld door medebewoners of personeel, weigering tot opname in het WZC, weigering van medische vertegenwoordiging door de partner van de oudere, beperking van bezoek en weigering van basiszorg of medische zorg (39). Deze informatie is gebaseerd op een Amerikaanse studie. Het is onduidelijk of deze volwaardig kan toegepast worden in de Belgische context, maar in de media worden voorbeelden uit het Vlaamse landschap gegeven (40).

2.2.3. Andere gezondheidsrisico's

Bepaalde studies beschrijven nog bijkomende gezondheidsrisico's voor niet-heteroseksuele personen. Hierbij is het belangrijk op te merken dat deze risico's vaak minder bestudeerd zijn en sterk beïnvloed kunnen worden door of afhankelijk zijn van de context, zoals de organisatie van de gezondheidszorg in specifieke landen. Hierdoor kunnen sommige resultaten minder relevant zijn voor de Belgische of Vlaamse context.

Een Amerikaanse studie toonde bijvoorbeeld aan dat biseksuele vrouwen minder vaak een **ziektekostenverzekering** hebben dan heteroseksuele vrouwen (30,31). Een andere Amerikaanse studie vond bij lesbische vrouwen een hoger risico op **obesitas** en **polycysteus ovarieel syndroom (PCOS)** (30,31). Ook **cardiovasculaire aandoeningen, metabole aandoeningen en cognitieve stoornissen** komen vaker voor bij niet-heteroseksuelen (7).

Een hoger risico op **bepaalde maligniteiten** bij de LGBT-populatie kwam ook naar voren in een Britse studie (12). Bij homoseksuele mannen gaat dit dan bijvoorbeeld over prostaat-, teelbal- en darmkanker (7,31). Bij lesbische en biseksuele vrouwen gaat dit vooral om borstkanker. Dit laatste is gedeeltelijk te verklaren doordat zij minder vaak aan zelfonderzoek van de borsten ter detectie van afwijkingen doen (7,41). Doordat zij minder vaak de combinatiepil gebruiken, hebben zij theoretisch gezien ook een hoger risico op endometriumkanker (42). Dit werd ook bevestigd in een Amerikaanse studie (43).

Er bestaan verschillende factoren die bijdragen aan deze risico's. Discriminatie als gevolg van seksuele oriëntatie zou gelinkt zijn aan een algemeen minder goede fysieke gezondheid (7). Daarnaast werd bij jongeren uit een seksuele minderheidsgroep ook een lager niveau van fysieke activiteit waargenomen, wat aanleiding kan geven tot een ongunstiger cardiovasculair risicoprofiel (29). Ook de hogere prevalentie van HIV bij MSM staat in verband met cardiovasculaire en metabole aandoeningen (7). Verder komen volgens een Amerikaanse studie ongunstige ervaringen in de kindertijd vaker voor bij niet-heteroseksuele patiënten, wat in het latere leven aanleiding kan geven tot het vaker voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen en chronische nierinsufficiëntie (44). Ten slotte geeft het vaker voorkomen van middelenmisbruik aanleiding tot andere fysieke gezondheidsproblemen (7).

2.3. Communicatie tussen arts en patiënt over seksuele oriëntatie

De hierboven genoemde voorbeelden illustreren dat niet-heteroseksuele patiënten weldegelijk andere en meer gezondheidsrisico's lopen in vergelijking met de heteroseksuele patiëntenpopulatie. Deze gezondheidsverschillen zouden deels voorkomen of verminderd kunnen worden door doeltreffend en kwalitatief handelen van de huisarts (45). Om echter invloed te kunnen uitoefenen op deze verschillen, is het essentieel dat huisartsen op de hoogte zijn van de seksuele oriëntatie van hun patiënten. Dit benadrukt het belang van een **goede en open communicatie** tussen (huis)artsen en patiënten.

2.3.1. Openheid over seksuele oriëntatie en de invloed hiervan op gezondheid

Over de jaren heen toonden verschillende studies een verscheidenheid aan cijfers betreffende de mate van openheid van patiënten over hun seksuele oriëntatie tegenover zorgverleners.

Tussen 2004 en 2008 vonden verschillende studies dat slechts de helft van de homoseksuele mannen

open was over hun seksuele oriëntatie bij de huisarts. Lesbische vrouwen waren iets meer geneigd open te zijn over hun seksuele oriëntatie binnen de gezondheidszorg, maar toch bleek bij een aanzienlijk percentage de huisarts nog steeds niet op de hoogte. Onderzoek onder 200 lesbiennes in Glasgow toonde bijvoorbeeld dat 40% zich niet comfortabel voelde om hun seksuele oriëntatie bekend te maken aan hun huisarts. Biseksuele patiënten bleken daarenboven nog minder geneigd hun seksuele oriëntatie te delen met hun huisarts (44). Ook in een Amerikaanse studie uit 2013 was de mate van openheid duidelijk lager bij biseksuele mannen en vrouwen dan bij homoseksuele mannen en vrouwen (30).

Een recent onderzoek uit 2015 in Nieuw-Zeeland kon bovenstaande cijfers omtrent openheid over seksuele oriëntatie bij homoseksuele mannen bevestigen. 50.5% van de deelnemers gaf namelijk aan te denken dat hun huisarts op de hoogte was van hun seksuele oriëntatie, terwijl 17% niet zeker was en 32.6% dacht dat hun huisarts niet op de hoogte was (16).

In een onderzoek uit 2017 gaf 54% van de respondenten met een niet-heteroseksuele oriëntatie aan dat ze in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek hun seksuele oriëntatie hadden bekendgemaakt aan of besproken met zorgverleners. Vergelijkbaar met eerder genoemde studies, hadden homoseksuele en lesbische patiënten hierbij aanzienlijk meer kans om hun seksuele oriëntatie bekend te maken aan zorgpersoneel in vergelijking met degenen met een andere seksuele minderheidsoriëntatie bv. biseksueel. Echter, in contrast met de bevindingen van hogergenoemde studies, bleken mannen in dit onderzoek een grotere kans te hebben dan vrouwen om hun seksuele oriëntatie bekend te maken aan zorgpersoneel (respectievelijk 62% en 45%) (14).

Een systematische review en meta-analyse uit 2018 concludeerde tenslotte dat ongeveer 63% van de patiënten hun seksuele oriëntatie aan hun zorgverleners had bekendgemaakt. Hierbij is het opvallend dat slechts 14% van de patiënten ooit expliciet en actief gevraagd werd naar zijn of haar seksuele oriëntatie door zorgverleners. De percentages van openheid varieerden op basis van patiënt-, zorgverlener- en locatiekenmerken. Zo was het percentage van openheid duidelijk hoger bij patiënten met een hogere leeftijd, bij mannelijke patiënten, bij blanke patiënten, bij patiënten in een vaste relatie en bij patiënten met een hogere opleiding. De mate van openheid was hoger bij oncologische zorgverleners (77%) dan bij huisartsen (70%) en andere zorgverleners (43%) (31).

Cijfers met betrekking tot de mate van openheid van patiënten over hun seksuele oriëntatie tegenover zorgverleners op Belgisch of Vlaams niveau ontbreken momenteel.

Er lijkt in de loop der jaren dus vooruitgang te zijn in de mate van openheid van patiënten over seksuele oriëntatie tegenover zorgverleners. Er blijven echter belangrijke tekortkomingen bestaan, voornamelijk voor bepaalde subgroepen zoals biseksuele patiënten. Deze gegevens zijn van groot belang aangezien verschillende studies konden aantonen dat openheid over seksuele oriëntatie weldegelijk gerelateerd is aan een betere gezondheid.

Homoseksuele mannen van wie de huisarts weet dat ze homo- of biseksueel zijn, blijken vaker hun seksuele gezondheid te laten onderzoeken in vergelijking met mannen van wie de huisarts niet op de hoogte is van hun seksuele oriëntatie. Zo toonde de hierboven vermelde studie uit 2015 aan dat homoseksuele mannen waarvan de huisarts op de hoogte was van hun seksuele oriëntatie een grotere kans hadden om ooit een HIV-test te hebben ondergaan (91.5% vs. 57.9%) en om er één te hebben ondergaan in de afgelopen 12 maanden (39.6% vs. 18.7%), om ooit SOA-screeningsonderzoeken te hebben gedaan (91.7% vs. 68.9%) en om ten minste één van deze onderzoeken te hebben gedaan in de afgelopen 12 maanden (64.5% vs. 40.1%). Het hebben van een huisarts die op de hoogte is van iemands seksuele oriëntatie werd dus duidelijk geassocieerd met het ontvangen van meer uitgebreide seksuele gezondheidszorg (16).

Deze positieve relatie tussen openheid over seksuele oriëntatie en gezondheid werd bevestigd door de eerder genoemde systematische review en meta-analyse uit 2018. Het betreft dan met name een hogere zorgtevredenheid, meer routinematig beroep doen op gezondheidszorg, een hogere kans op aanbevolen screenings en tests, een betere zelf gerapporteerde gezondheid en een verbeterd psychologisch welzijn (31). Een andere studie toonde aan dat het niet open zijn over seksuele oriëntatie kan geassocieerd worden met een slechtere psychische gezondheid (30).

Verschillende instanties waaronder de Amerikaanse *National Academy of Medicine (NAM)*[3], het Amerikaanse *Office of Disease Prevention and Health Promotion*[4] en De Raad van Europa[5], bevelen aan dat **zorgverleners routinematig gegevens moeten verzamelen** over de seksuele oriëntatie en genderidentiteit van patiënten. Het actief bevragen van deze gegevens wordt namelijk beschouwd als een essentiële stap om de gezondheidszorg meer inclusief en toegankelijk te maken voor de LGBTQI+-populatie (46–51).

2.3.2. Bekwaamheid en beïnvloedende factoren

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat, ondanks het belang ervan, openheid over seksuele oriëntatie van patiënten tegenover huisartsen en andere zorgverleners vaak achterwege blijft. Verschillende factoren hebben een impact op het al dan niet bespreken van seksuele oriëntatie tussen patiënten en (huis)artsen. Vanuit praktische overwegingen delen we deze beïnvloedende factoren op in **patiënt-, arts- en context- en consultafhankelijke factoren**.

2.3.2.1. Patiëntafhankelijke factoren

In twee reviews uit 2016 en 2018 werden verschillende **patiëntafhankelijke drempels** geïdentificeerd die LGBTQI+-patiënten ervaren bij het bespreken van seksuele oriëntatie met zorgverleners (12,52). Beide reviews identificeerden persoonlijke verlegenheid en schaamte, angst voor vooroordelen en discriminatie, alsook zorgen over mogelijke negatieve gevolgen voor de zorgkwaliteit en vertrouwelijkheid als belangrijke drempels (12,52). Eén van de reviews beschreef daarnaast geïnternaliseerde homofobie als een aanvullende patiëntafhankelijke barrière (52). De andere review voegde angst voor negatieve gevolgen voor carrière en uitkeringen en zorgen over documentatie in het medisch dossier toe als mogelijke drempels voor patiënten (12).

Twee studies uit 1992 en 2012 beschreven juist **factoren die openheid over seksuele oriëntatie faciliteren** en dit vooral bij een lesbische patiëntenpopulatie (32,53). Beide onderzoeken concludeerden dat verschillende kenmerken van de patiënt bijdragen aan openheid, waarbij het hebben van een vaste relatie als een gedeeld kenmerk naar voren kwam (32,53). De studie uit 1992 identificeerde ook comfort met de eigen seksuele oriëntatie en de overtuiging over een grotere vatbaarheid voor bepaalde aandoeningen als verdere faciliterende factoren (32). De auteurs van de andere studie beschreven het ervaren van gezondheidsproblemen, een hoger inkomen, een feministische houding, een lage mate van geïnternaliseerde homofobie, het toepassen van zelfbeschermende maatregelen zoals het verkrijgen van verwijzingen van andere lesbiennes en een algemene openheid over seksuele oriëntatie als aanvullende faciliterende factoren (53).

Bovendien concludeerden drie van de bovenstaande onderzoeken dat de perceptie van patiënten over de relevantie van hun seksuele oriëntatie een belangrijke rol speelt bij het al dan niet bekendmaken ervan aan zorgverleners (12,32,53). Patiënten die hun seksuele oriëntatie als relevant beschouwen, zijn namelijk eerder geneigd tot openheid hierover in vergelijking met patiënten die hun seksuele oriëntatie niet relevant vinden (12,32,53). Relevante klachten zijn hierbij vaak gerelateerd aan gynaecologische of seksuele gezondheidsproblemen (53).

2.3.2.2. Artsafhankelijke factoren

Artsafhankelijke factoren zoals beschreven door patiënten

In aanvulling op de eerder genoemde patiëntafhankelijke drempels, werden in de review uit 2018 ook enkele artsafhankelijke factoren beschreven die van invloed zijn op het al dan niet bekendmaken van seksuele oriëntatie door LGBT-patiënten in de gezondheidszorg (12). **Communicatie** speelde een cruciale rol, waarbij inclusieve taal en een open, warme lichaamshouding openheid over seksuele

[3] National Academy of Medicine (NAM): Amerikaanse non-profit, niet-gouvernementele organisatie die objectief advies geeft over wetenschap, technologie en gezondheid (76).
[4] Office of Disease Prevention and Health Promotion: Amerikaanse federale overheidsinstantie die zich richt op het bevorderen van de volksgezondheid en het voorkomen van ziekten (77).
[5] De Raad van Europa: een internationale organisatie met als doel de mensenrechten, de democratie en de rechtsstaat te beschermen (78).

oriëntatie bevorderden, terwijl een gesloten en onvriendelijke houding en het gebruik van heteronormatieve taal dit juist bemoeilijkten (12). Ook heteronormatieve aannames bij advies over anticonceptie en seksuele gezondheid bleken openheid te belemmeren (12). Daarnaast stelden de auteurs vast dat het gebruik van directe vragen over seksuele oriëntatie positief werd ontvangen door het grootste deel van de deelnemers, hoewel sommigen deze benadering niet volledig waardeerden (12). Verder werden ook enkele factoren binnen de **zorgverlener-patiëntrelatie** beschreven die een positieve invloed hadden op de mate van openheid, zoals het hebben van een langdurige relatie met de zorgverlener, het hebben van een zorgverlener die zelf deel uitmaakt van de LGBT-gemeenschap en de perceptie van acceptatie van de LGBT-gemeenschap door de zorgverlener (12). Hoewel heteroseksuele zorgverleners niet noodzakelijk als een barrière werden beschouwd, was acceptatie van de LGBT-gemeenschap door de zorgverlener wel essentieel voor openheid over seksuele oriëntatie (12). Deze laatste bevinding werd ondersteund door de review uit 2016 waarin homofobie onder zorgverleners als een belangrijke drempel voor openheid werd beschreven (52).

Ook de andere studies die reeds hierboven aan bod kwamen, beschreven enkele artsafhankelijke factoren die openheid over hun seksuele oriëntatie door lesbische patiënten tegenover zorgverleners faciliteerden (32,53). De studie uit 1992 concludeerde dat bepaalde **kenmerken van de zorgverlener** van belang waren, waarbij bijvoorbeeld vrouwelijke en lesbische zorgverleners werden geprefereerd (32). De auteurs van de studie uit 2012 beschreven echter dat comfort en communicatie met de zorgverlener belangrijker waren dan het geslacht of de seksuele oriëntatie van deze zorgverlener, hetgeen een belangrijke nuance toevoegt (53). Andere faciliterende factoren waren zorgverleners die gevoeligheid vertoonden voor lesbische patiënten, competente en empathische zorgverleners, alsook vertrouwen in en tevredenheid met de zorgverlener (53). Ook concludeerde deze studie dat openheid over seksuele oriëntatie waarschijnlijker was bij reguliere zorgverleners of bekenden (53).

Artsafhankelijke factoren zoals beschreven door artsen

In verschillende studies werden de drempels onderzocht die artsen ervaren bij het bespreken van seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele oriëntatie met hun patiënten. In een studie uit 2004 gaf bijna de helft van de deelnemende huisartsen aan dat niet-heteroseksuele oriëntatie een drempel vormt bij het bespreken van seksuele gezondheid (54). Sommige huisartsen uitten hierbij **ongemak over of afkeer ten opzichte van homoseksuele handelingen** en een minderheid van de huisartsen vertoonde zelfs effectieve **homofobe attitudes** (54). Echter, de voornaamste moeilijkheden hadden te maken met een **gebrek aan kennis en onwetendheid** over de homoseksuele en lesbische levensstijl en seksuele praktijken (54). Verder kwamen ook **bezorgdheden en onzekerheden over het gebruik van de juiste terminologie** naar boven (54). Dergelijk gebrek aan kennis kwam ook in een kwalitatieve studie uit 2020 naar boven als belangrijke drempel om seksualiteit met patiënten te bespreken (55). Daarnaast beschreven deze auteurs nog enkele andere drempels, zoals de vrees voor **intrusiviteit en opdringerigheid**, een **ontwijkende houding** ten opzichte van het onderwerp seksualiteit, **tijdsgebrek** en de vrees dat het bespreken van seksualiteit een **"doos van Pandora"** zou openen met oneindige klachten (55). In 2021 werd vervolgens een onderzoek uitgevoerd waarbij de redenen van de artsen om patiënten al dan niet naar hun seksuele oriëntatie te vragen werden onderzocht (56). De meest vermelde barrière bij het vragen naar seksuele oriëntatie was de overtuiging dat deze **irrelevant** is voor de gezondheid en gezondheidszorg; meer dan 70% van de deelnemende artsen deelde deze overtuiging (56). In tegenstelling tot de eerdere bevindingen uit 2004, concludeerden de auteurs van dit onderzoek dat ongemakken over en negatieve houdingen ten opzichte van homoseksualiteit laag waren en geen significante invloed hadden op het al dan niet navragen van de seksuele oriëntatie van patiënten (56). De seksuele oriëntatie van patiënten werd voornamelijk nagevraagd bij **bezorgdheden over de seksuele gezondheid van patiënten**, in het bijzonder bij vermoeden van seksueel overdraagbare aandoeningen of risicovol seksueel gedrag (56). Artsen noemden zelden mentale gezondheidsverschillen als reden om patiënten te vragen naar hun seksuele oriëntatie (56). Toch werden mogelijke **zorgen over de geestelijke gezondheid** van patiënten soms als een reden gegeven om seksuele oriëntatie na te vragen en dit voornamelijk door vrouwelijke artsen (56).

De deelnemende huisartsen aan bovenstaande studie uit 2004 benadrukten de **noodzaak van verbeterde educatie** om de beschreven drempels en barrières te overwinnen (54). Hierbij legden zij de nadruk op het aanleren van **communicatieve vaardigheden** met specifieke aandacht voor het vermijden van veronderstellingen over de seksuele oriëntatie van patiënten (54). Zij gaven aan in hun eigen opleiding een gebrek aan educatie te hebben gekend over seksuele gezondheid en homoseksualiteit (54). Dit tekort aan onderwijs over seksuele oriëntatie, genderidentiteit en de

communicatie met LGBT-patiënten wordt nogmaals benadrukt in een meer recent onderzoek uit 2020 (41). Hierbij voerden de auteurs een studie uit waarbij ze de perceptie van geneeskundestudenten onderzochten met betrekking tot de barrières in de gezondheidszorg voor LGBT-patiënten, alsook het belang van onthulling van seksuele oriëntatie of genderidentiteit (41). Een aanzienlijk aantal studenten erkende een belangrijk tekort in hun kennis en bewustzijn omtrent seksuele oriëntatie en genderidentiteit, en zij pleitten voor meer educatie over deze cruciale onderwerpen (41). Bovendien bracht het onderzoek een opmerkelijk gebrek aan bewustzijn onder medische studenten aan het licht over het belang van onthulling van seksuele oriëntatie of genderidentiteit aan professionals in de gezondheidszorg (41). Ook dit benadrukt een specifiek kennisgebied dat aandacht en verbetering van het onderwijs verdient (41).

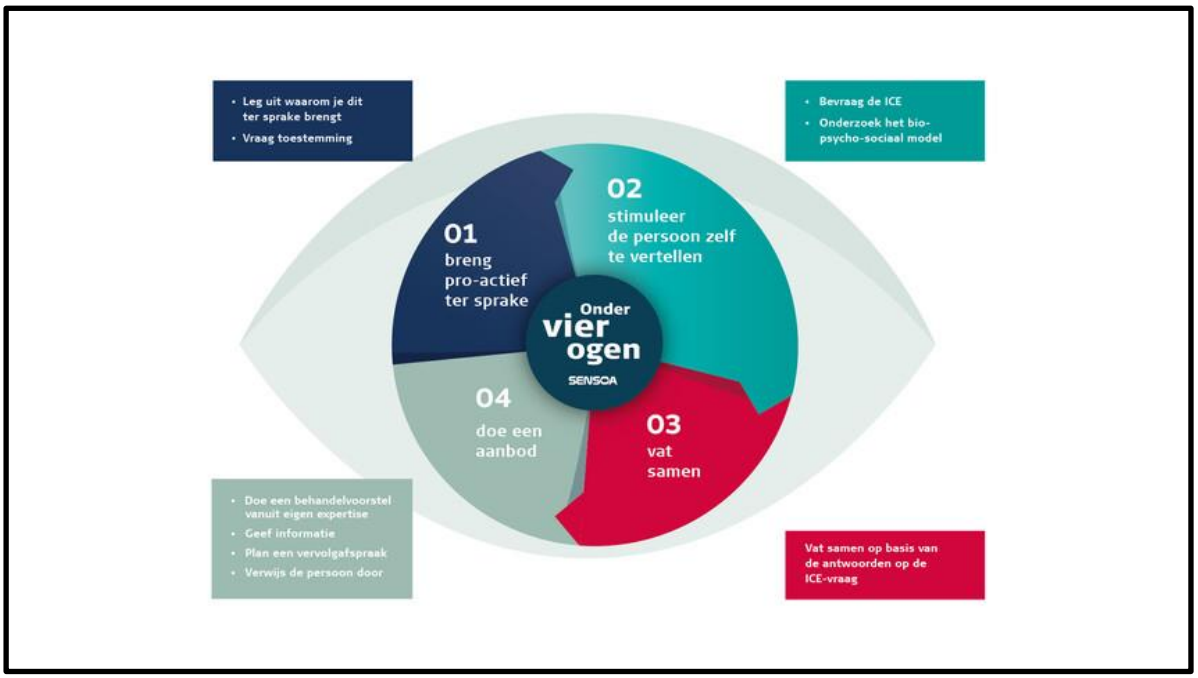
2.3.2.3. Context- en consultafhankelijke factoren

Verschillende studies identificeerden context- en consultafhankelijke factoren die van invloed zijn op het al dan niet bekendmaken van seksuele oriëntatie aan zorgverleners. **Sociale stigmatisering, maatschappelijke taboes en heteronormativiteit binnen de samenleving en de gezondheidszorg** werden beschreven als drempels voor openheid over seksuele oriëntatie tegenover zorgverleners (52). Verschillende auteurs beschreven ook bepaalde omgevingsfactoren als belangrijke beïnvloedende factoren (12,32,53). Enerzijds was er de **plaats van onthulling**, waarbij enkele patiënten alternatieve diensten zoals klinieken voor seksuele gezondheid verkozen (12,53). Militaire en religieuze omgevingen bleken onthulling en openheid net te belemmeren (12). Daarbovenop stimuleerden bepaalde **visuele aanwijzingen** zoals LGBT-vriendelijke symbolen openheid, terwijl religieuze symbolen een duidelijke barrière vormden (12,53). Een **veilige en inclusieve wachtkamer- en zorgomgeving** zonder homofobie is een belangrijke faciliterende factor (32).

2.3.3. Bestaande handvatten voor artsen bij het bespreken van seksuele oriëntatie met hun patiënten

Sensoa - "De Onder Vier Ogen Methode" en website

"De Onder Vier Ogen Methode" wordt momenteel aangereikt aan huisartsen en andere zorgverleners in Vlaanderen als hulpmiddel en gespreksmethode om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken (57). De methode besteedt geen expliciete aandacht aan het bespreken van seksuele oriëntatie, maar de gesprekstechnieken kunnen hiervoor wel gebruikt worden.



Figuur 2. "De Onder Vier Ogen Methode" en haar 4 stappen. (57)

Naast “De Onder Vier Ogen Methode” biedt Sensoa ook verschillende websites aan die hulpverleners kunnen ondersteunen bij het bespreken van seksuele gezondheid (58). **Zanzu.be** is een website die zich richt op het overbruggen van taalbarrières bij gesprekken over seksuele gezondheid (60). De website biedt namelijk de mogelijkheid om verschillende onderwerpen over seksualiteit te laten zien in 14 verschillende talen (60). De fragmenten kunnen ook voorgelezen en beluisterd worden in deze talen (60). **Allesoverseks.be** biedt uitgebreide informatie aan voor een breed publiek over onderwerpen zoals SOA’s, HIV, anticonceptie, seksualiteitsbeleving, lichaam, relaties en gender (61).

Zowel op Zanzu.be als op Alleroverseks.be wordt aandacht besteed aan seksuele oriëntatie.

Domus Medica - Themadossier “LGBTQI+ sensitief handelen in de huisartsenpraktijk”

In januari 2023 lanceerde Domus Medica, de Vlaamse huisartsenvereniging, een themadossier rond LGBTQI+ sensitief handelen in de huisartsenpraktijk (62). Het dossier benadrukt de noodzaak om gender-, sekse- en seksualiteitsthema’s bespreekbaar te maken vanwege het stigma en de drempels waarmee de LGBTQI+ gemeenschap in de zorgsector wordt geconfronteerd (62). Het pleit voor goed opgeleid zorgpersoneel, een genderinclusieve omgeving en het werken met genderinclusieve procedures om de gezondheidskloof voor LGBTQI+ personen te verkleinen (62).

Het themadossier, dat online vrij beschikbaar is en een webinar omvat, biedt basisinformatie over relevante termen en bespreekt gezondheidsaspecten, met een focus op het verhoogde risico op mentale en fysieke gezondheidsproblemen binnen de LGBTQI+ gemeenschap (62). Daarnaast biedt het dossier ook praktische tips voor huisartsenpraktijken, zoals het bevorderen van inclusieve communicatie, het vermijden van beledigende terminologie en het zijn van een warme doorverwijzer naar LGBTQI+ ondersteuningsorganisaties (62). Ook worden verschillende organisaties genoemd die zich inzetten voor de LGBTQI+ gemeenschap zoals Çavaria, Lumi, Transgender Infopunt, Intersekse Vlaanderen en anderen (62).

Domus Medica - Praktijktool “Seksueel overdraagbare infecties”

Domus Medica, de Vlaamse huisartsenvereniging, publiceerde in 2017 een praktijktool om huisartsen te ondersteunen bij het ter sprake brengen van seksualiteit en het screenen naar SOA’s te optimaliseren (63). Binnen deze tool worden onder andere communicatieve adviezen gegeven rond de inhoud van een SOA-anamnese (63). Zo adviseert de tool bijvoorbeeld om niet te vragen naar de seksuele oriëntatie van de patiënt, maar om expliciet te vragen of een patiënt seksueel contact heeft of had met mannen, vrouwen of beide geslachten (63). Daarnaast is het bij SOA-testing van belang te weten op welke locaties gescreend moet worden (63). Ook hiervoor is een gesprek over seksuele gewoontes nodig (63). De praktijktool benadrukt duidelijk dat dergelijk gesprek niet vanzelfsprekend is voor arts en patiënt (63).

KCE - “Aanpak van SOA’s door de eerste lijn”

In 2019 lanceerde het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) een online tool gericht op de aanpak van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s) binnen de eerste lijn (64). Deze tool is bedoeld om huisartsen en andere zorgverleners uit de eerste lijn te ondersteunen bij het identificeren, diagnosticeren, behandelen en opvolgen van SOA’s bij hun patiënten (64). De online tool is opgebouwd uit verschillende tabbladen, zoals ‘gesprek’, ‘risicobeoordeling’, ‘hoe testen’, ‘behandeling’, ‘opvolging’ en ‘partners’ (64). Onder het tabblad ‘gesprek’ kunnen zorgverleners heel wat voorbeeldvragen en -zinnen terugvinden die kunnen helpen bij het afnemen van een correcte en volledige seksuele anamnese (64). Het KCE verwijst op haar beurt ook naar Sensoa voor adviezen rond het bespreken van seksuele gezondheid en er is een tabblad voorzien met nuttige links voor het vinden van meer informatie omtrent het SOA-consult (64).

De KCE-tool adviseert om patiënten in te lichten dat SOA’s vaker voorkomen in de groep van seksueel actieve MSM en dat een regelmatige screening op SOA’s dan ook aangeraden is (64). Daarnaast dienen de seksuele risicocontacten in kaart te worden gebracht, waarbij het gebruik van een condoom moet worden bevraagd (64). Er moet ook aandacht besteed worden aan het gebruik van alcohol of andere drugs tijdens het seksueel contact omdat het risico op onveilige seks dan toeneemt (64). Op het vlak van diagnostiek dient een bredere screening te gebeuren bij MSM, waarbij ook een serologische test voor HIV en syfilis, en in bepaalde gevallen voor hepatitis, hoort (64). Tijdens de consultatie kan men

de patiënt informeren over het bestaan van PrEP (pre-expositie profylaxe), een preventieve HIV-behandeling, en hem hiervoor eventueel verwijzen naar een referentiecentrum (64). Ook indien de patiënt zelf geen MSM is, maar een seksuele partner heeft die behoort tot de groep van MSM, wordt testing voor HIV, syfilis en hepatitis aanbevolen (64).

KLIQ - vormingen en webinars

Çavaria vertegenwoordigt de belangen van LGBTI+ personen in Vlaanderen en fungeert als koepelorganisatie voor LGBTI+ groepen en organisaties (65). Het vormings- en trainingscentrum van Çavaria, genaamd KLIQ, biedt diverse bijscholingen en webinars aan voor hulpverleners die betrokken zijn bij het LGBTI+ thema (65). Deze omvatten trainingen over LGBTI+ inclusieve hulpverlening, suïcidepreventie bij LGBTI+ personen en LGBTI+ sensitieve communicatietechnieken (65).

NHG - NHG-standaard "Het SOA-consult"

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde een richtlijn betreffende het SOA-consult, waarin wordt ingegaan op de anamnese, diagnostiek en behandeling van SOA's in de huisartsenpraktijk (66). Om zorgverleners te ondersteunen bij het voeren van open en respectvolle gesprekken over seksualiteit en seksuele oriëntatie, worden binnen de richtlijn verschillende adviezen en hulpmiddelen aangereikt met betrekking tot het bespreken van deze onderwerpen (66). Zo benadrukt NHG het belang van het stellen van open vragen over seksualiteit, seksuele activiteit en partners om een volledig beeld te krijgen van de seksuele geschiedenis van de patiënt (66). Daarnaast is het essentieel geen veronderstellingen te maken over de seksuele oriëntatie van de patiënt (66). Zorgverleners moeten met andere woorden openstaan voor diverse vormen van seksuele oriëntatie en identiteit (66). Verder benadrukt de standaard het belang van voorlichting over SOA's en preventieve maatregelen, ongeacht de seksuele oriëntatie van de patiënt (66). Hierbij is het belangrijk om deze informatie op een begrijpelijke en niet-oordelende manier te presenteren (66). De auteurs moedigen tot slot zorgverleners aan om een veilige en vertrouwelijke omgeving te creëren waarin patiënten zich comfortabel voelen om vragen te stellen over seksualiteit en seksuele gezondheid (66).

2.4. Medisch dossier

Het belang van het kennen van de seksuele oriëntatie van een patiënt is hierboven al beschreven. Echter bestaan er in Vlaanderen geen uniforme afspraken over het vastleggen van de seksuele oriëntatie of risicogedrag van een patiënt in het elektronisch medisch dossier (EMD) (67).

De **voordelen** verbonden aan het noteren van de seksuele oriëntatie in het EMD van de patiënt dragen zowel op individueel als op maatschappelijk vlak bij (67,68). Het vastleggen van de seksuele oriëntatie in het EMD brengt nauwkeurig de gezondheidsstatus, individuele risico's en risicogedrag van de patiënt in kaart. Dit resulteert in verbeterde screening ter preventie, effectievere behandelingen, verbeterde educatie van de patiënt en over het algemeen een betere gezondheid. Bovendien kan het noteren van seksuele oriëntatie en andere informatie over seksuele gezondheid de communicatie en de individuele band tussen de gezondheidswerker en de patiënt verbeteren, zoals bijvoorbeeld door correct gebruik van (geslachts)voornaamwoorden van de patiënt en diens partner.

Op een bredere schaal dan enkel op individueel niveau stelt het verzamelen van gegevens over seksuele oriëntatie zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers in staat om de voortgang te monitoren in het streven naar het elimineren van ongelijkheden in de gezondheidszorg voor patiënten met een andere seksuele oriëntatie dan de standaard. Dit omvat verschillen in toegang tot gezondheidszorg, risicoscreening en behandeling die LGBT-individuen kunnen ervaren (68).

Toch zijn er ook heel wat **uitdagingen** rond het noteren van deze informatie in het EMD. Zo zijn patiënten soms niet bereid hun seksuele oriëntatie te delen en dit vaak omwille van angst voor hun privacy, angst voor datalek, vooroordelen en stigmatisering (69). Er werd ook gezien dat het noteren van de seksuele oriëntatie in het EMD door de patiënt net als drempel wordt ervaren voor openheid rond diens seksuele oriëntatie (12). Verder kan iemands seksuele oriëntatie in de loop van de tijd veranderen, wat voor sommige patiënten betekent dat het vastleggen ervan in het EMD te rigide aanvoelt (69). Een ander probleem is dat patiënten zich misschien niet herkennen in de 'labels' die beschikbaar zijn in het EMD (67,69,70) en dat er vaak overlap en snelle evolutie is van concepten en

termen die verwarrend kunnen zijn voor zowel patiënt en zorgverleners als die hiervoor onvoldoende opgeleid zijn (67).

Enkele mogelijke oplossingen voor bovenstaande uitdagingen worden gezocht in bijvoorbeeld het niet delen van informatie zonder specifieke toestemming van de patiënt (68), een platform ontwikkelen waar de patiënt aan zelfrapportage zou kunnen doen (69), het focussen op universele terminologie, het correct opleiden van alle gezondheidsmedewerkers (niet enkel de huisartsen) en het voorzien van vertrouwde, toegankelijke en open infrastructuur en personeel (67). Dit gaat echter niet alle uitdagingen hierboven beschreven uit de weg.

In **Vlaanderen** zijn er nog geen concrete uniforme afspraken rond waar of hoe seksuele oriëntatie genoteerd kan worden in het EMD. Een studie rond het verzamelen en registreren van seksuele gezondheidsinformatie in de context van HIV-risico in het EMD bij Vlaamse huisartsen benadrukte de nood en vraag aan een gemakkelijk bereikbare plek in het EMD om dit soort informatie te registreren en te raadplegen (67).

Domus Medica beveelt in de praktijktool 'Seksueel overdraagbare aandoeningen' wel aan om deze medische info te noteren in het dossier zonder specificaties over waar of hoe (71,72) . Deze aanbeveling werd gebaseerd op een masterthesis geschreven in 2014 rond SOA-preventie in de huisartsenpraktijk, waar de suggestie werd gedaan om deze gegevens te noteren, hetzij bij voorgeschiedenis, hetzij bij risicofactoren. Er werd voorgesteld gegevens over de seksuele gezondheid te bevragen en te noteren in het medisch dossier bij een preventief consult, een bloedname, consultaties naar aanleiding van SOA-gerelateerde klachten, reisadvies, contraceptie, uitstrijkje of zwangerschap (73).

In een aantal **andere landen** bestaan er duidelijkere adviezen wat betreft het noteren van seksuele oriëntatie in het EMD. Zo schreef de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk in samenwerking met de LGBT Foundation een aanbevelingsrichtlijn om een consistent mechanisme aan te bieden voor het registreren van de seksuele oriëntatie van alle patiënten van 16 jaar of ouder in alle gezondheidsdiensten in het Verenigd Koninkrijk (71), zo hebben ze ook sinds begin 2024 een platform voor zelfrapportage van de seksuele oriëntatie (74). In de Verenigde Staten heeft het 'Office of the National Coordinator for Health Information Technology' alle EMD-leveranciers verplicht gegevensvelden te voorzien voor het invullen van seksuele oriëntatie en genderidentiteit op een gestructureerde manier (72,75).

2.5. Besluit

Uit de literatuur kan men dus besluiten dat het bespreken van de seksuele oriëntatie tussen huisartsen en patiënten belangrijk is vanwege de bestaande verschillen in zorgvragen en -noden bij niet-heteroseksuele personen. Toch blijkt dit vaak niet genoeg te gebeuren. Hiervoor worden heel wat drempels en belemmerende factoren beschreven. Niettemin bestaan er ook heel wat handvatten die huisartsen zouden kunnen helpen om het onderwerp te bespreken met hun patiënten.

Binnen de Vlaamse context vond nog geen onderzoek plaats dat het huisartsenperspectief bij het bespreken van seksuele oriëntatie met patiënten onderzocht. Met deze masterproef willen we dan ook graag antwoorden formuleren op onderstaande onderzoeksvragen:

1. Hoe bewust zijn Vlaamse huisartsen zich over de impact van seksuele oriëntatie op gezondheid?
2. Welke rol neemt de Vlaamse huisarts op in het bespreken van seksuele oriëntatie en hoe verloopt deze communicatie?
3. Hoe bekwaam voelt de Vlaamse huisarts zich in het bespreken van seksuele oriëntatie en wat zijn hierbij drempels en faciliterende factoren?
4. Welke functie kan het EMD hebben in het vastleggen en delen van de seksuele oriëntatie van een patiënt?
5. Welke aanbevelingen kunnen we geven om de huidige situatie te verbeteren?

3. Methodologie

3.1. Studiedesign

Deze studie is een kwalitatief onderzoek waarbij door middel van semigestructureerde interviews bij huisartsen wordt nagegaan hoe bekwaam zij zich voelen om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten en in welke mate zij inzicht hebben in het belang van dergelijke communicatie. Voor deze interviews werd gebruikgemaakt van een sjabloon van vooropgestelde vragen als leidraad voor de topics die besproken worden. Dit vragenprotocol werd in bijlage aan deze scriptie toegevoegd.

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent op 17/03/2023 (referentienummers THE-2023-0049, THE-2023-0050, THE-2023-0051, THE-2023-0052).

3.2. Doelgroep

Er werd gezocht naar beroepsactieve Nederlandstalige huisartsen uit Vlaanderen of Brussel. Aangezien dit een verkennende kwalitatieve studie is, is het geen doel om hierbij een representatieve steekproef te verkrijgen. Er werd beoogd een tiental huisartsen te interviewen. Huisartsen-in-opleiding of niet-actief werkende huisartsen werden geëxcludeerd.

3.3. Rekrutering

De deelnemers werden vanaf 01/04/2023 gerekruteerd uit het persoonlijke netwerk van de vier onderzoekers. Er werd hierbij geprobeerd om te zorgen voor diversiteit binnen de selectie op het vlak van geslacht, leeftijd, praktijktype en -locatie. Bij de huisartsen die interesse vertoonden om deel te nemen, werd na het ondertekenen van het informed consent (IC) een interview vastgelegd door één van de onderzoekers.

Nr.	Soort praktijk	Locatie	Ervaring	Leeftijd	Eigen SO[6]	Gender
H1	WGC[7]	Stedelijk	7 jaar	31 jaar	biseksueel	vrouw
H2	WGC	Stedelijk	4 jaar	28 jaar	hetero	vrouw
H3	Groepspraktijk	Stedelijk	7 jaar	37 jaar	hetero	man
H4	Groepspraktijk	Landelijk	8 jaar	34 jaar	hetero	vrouw
H5	Groepspraktijk	Landelijk	10 jaar	50 jaar	hetero	vrouw
H6	Groepspraktijk	Landelijk	5 jaar	30 jaar	hetero	vrouw
H7	Groepspraktijk	Landelijk	12 jaar	38 jaar	hetero	man
H8	Solopraktijk	Landelijk	28 jaar	54 jaar	hetero	vrouw
H9	Groepspraktijk	Stedelijk	30 jaar	57 jaar	hetero	man
H10	Solopraktijk	Landelijk	36 jaar	62 jaar	hetero	man

Tabel 1. Deelnemerslijst.

[6] Seksuele oriëntatie.
[7] Wijkgezondheidscentrum.

3.4. Dataverzameling

Voor het semigestructureerde interview werd een sjabloon van vooropgestelde vragen gebruikt als leidraad. De interviews vonden plaats in de praktijk van de deelnemende huisarts of op een andere gekozen locatie. De duur van de interviews varieerde tussen 35 en 70 minuten. Tijdens het interview werden na toestemming van de deelnemer geluidsopnamen gemaakt via een laptop of smartphone. De afname van de interviews vond plaats tussen 01/05/2023 en 31/12/2023. In totaal werden 10 huisartsen geïnterviewd.

3.5. Data-analyse

De geluidsopnamen werden getranscribeerd door de onderzoeker die het interview heeft afgenomen, waarna de data via het programma NVIVO door twee verschillende onderzoekers zijn gecodeerd. Er werd gebruikgemaakt van een thematische analyse om de verzamelde gegevens te onderzoeken, waarbij een systematische identificatie, analyse en rapportage van patronen en betekenissen binnen de dataset plaatsvindt. De resultatensectie werd opgebouwd aan de hand van de thema's die aan bod kwamen tijdens de datacodering.

4. Resultaten

Tien Vlaamse huisartsen werden door de onderzoekers geïnterviewd, waarbij verschillende thema's aan bod kwamen. Aan de huisartsen werd gevraagd wat hun visie was over gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele patiënten. Daarnaast werd gevraagd of ze het een meerwaarde vonden om de seksuele oriëntatie van hun patiënten te kennen en waarom. Verder vroegen de onderzoekers hoe de huisartsen hun eigen rol in het bespreken van seksuele oriëntatie zagen. Hierbij werd gepeild naar hun eigen bekwaamheidsgevoel, met drempels en faciliterende factoren die de communicatie over seksuele oriëntatie beïnvloeden. Daarnaast werd gevraagd naar de toegepaste communicatietechnieken bij het bespreken van seksuele oriëntatie en eventueel gevolgde opleidingen over dit onderwerp. Tenslotte kwam ook het al dan niet noteren van de seksuele oriëntatie in het elektronisch patiëntendossier aan bod.

4.1. Relevantie van seksuele oriëntatie in de praktijk

Negen van de tien geïnterviewde artsen vinden het een **meerwaarde** om de seksuele oriëntatie van hun patiënten te kennen. Eén arts vindt dit overbodige informatie en geeft hierbij als reden dat seksuele oriëntatie geen issue meer zou mogen zijn.

Tijdens de interviews kwamen verschillende redenen aan bod die maken dat de bevraagde huisartsen de seksuele oriëntatie van hun patiënten weldegelijk beschouwen als relevante informatie. **Seksuele en reproductieve gezondheid** enerzijds, en **mentaal welzijn** anderzijds, zijn de twee belangrijkste thema's die hierbij genoemd worden. Deze worden verderop uitgebreid besproken.

Drie huisartsen vinden kennis over de seksuele oriëntatie interessant om zo de **gezinssituatie en context** van de patiënt beter te begrijpen. Bijkomstig zorgt dit ervoor dat ze de correcte voornaamwoorden kunnen gebruiken wanneer ze het over een eventuele partner hebben. Eén van die artsen vindt het ook fijn om dit niet telkens opnieuw te moeten bevragen, omdat dit door de patiënt misschien als stigmatiserend zou kunnen worden ervaren.

Anderzijds vinden drie huisartsen de seksuele oriëntatie van hun patiënt slechts relevant als die informatie iets verandert aan het **medisch beleid** tijdens een consultatie. Eén van die artsen vreest dat het zelfs stigmatiserend kan zijn om de seksuele oriëntatie van elke patiënt te kennen, omdat sommige zorgverleners hun patiënten daarom op een andere manier zouden behandelen. Ze benadrukt wel dat dit topic zeker steeds bespreekbaar moet zijn.

Eén huisarts geeft het voorbeeld van de **apenpokkenepidemie** in 2022, waarbij kennis over de seksuele oriëntatie van patiënten nuttig had kunnen zijn om een gericht preventiebeleid op te stellen.

> *H3: "Goh ja, er zijn zo periodes geweest, bijvoorbeeld met de apenpokkenproblematiek. Ja goed, als ik mee wil sturen in het preventief gezondheidsbeleid van mijn patiënt, dan kan het wel zinvol zijn om dit [seksuele oriëntatie] te weten, omdat dat wel gericht was naar een specifieke doelgroep."*

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)

Negen van de tien deelnemende artsen geven aan dat ze binnen het thema van seksuele en reproductieve gezondheid verschillen zien tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele patiënten. Als belangrijkste voorbeeld wordt hierbij aangehaald dat ze bij homoseksuele patiënten of mannen die seks hebben met mannen (MSM) het risico op SOA's hoger inschatten.

Niet alle artsen gaan hier op dezelfde manier mee om. Slechts zeven van de artsen zullen hun **beleid bij de diagnostiek en behandeling van SOA's** aanpassen op basis van de seksuele oriëntatie van hun patiënt. Volgende voorbeelden kwamen aan bod tijdens de interviews:

- Het afnemen van een anale wisser bij anale seks.
- Het uitvoeren van driemaandelijkse SOA-diagnostiek bij seksueel hoog risicogedrag.

- Het verwijzen voor opstarten van PrEP (pre-expositie profylaxe) bij seksueel hoog risicogedrag.
- Het geven van aangepaste seksuele voorlichting aan patiënten met seksueel hoog risicogedrag.

Drie artsen vermelden expliciet zich hierbij te baseren op **aanbevelingen of richtlijnen** die adviseren om bij homoseksuele contacten een andere aanpak te hanteren wat betreft SOA-diagnostiek. Eén respondent verwijst daarbij naar de KCE-richtlijn.

> *H4: "En volgens de KCE-richtlijn voor SOA's moet je dan weten welk soort van relatie dat ze hebben, want bij de heteroseksuelen is het enkel chlamydia en gonorroe, maar dan bij de homoseksuelen of mensen die… vrouwen die met een man seks hebben die met een man heeft seks gehad moet… Allez meer voor de diagnostiek."*

Vier artsen benadrukken dat ze bij de risicoanalyse op het vlak van SOA's niet zozeer de seksuele oriëntatie van de patiënt, maar wel het seksueel gedrag van belang vinden. Zo geeft één arts aan dat voor de inschatting van het SOA-risico de seksuele oriëntatie er eigenlijk niet toe doet, maar wel het seksuele risicogedrag.

> *H6: "Maar ja bon, uiteindelijk, ook bij het SOA-consult, of dat het nu een heteroseksueel of niet-heteroseksueel is, het gaat eigenlijk vooral om het risicogedrag. En eigenlijk vind ik het dan ook stigmatiserend om te zeggen dat elke niet-heteroseksueel risicogedrag vertoont. Dat is eigenlijk ook maar een oud cliché, hé." [...] Eigenlijk hoef je daarom ook niet per se de seksuele oriëntatie van iemand te weten. Je kan ook gewoon bevragen welke seks het was. Eigenlijk doet de oriëntatie er ook niet echt meer toe."*

Drie van de respondenten zeggen op het vlak van SOA-diagnostiek **niet** anders te handelen bij heteroseksueel of homoseksueel contact. Eén van die artsen merkt wel op dat homoseksuele mannen ongeruster zijn over SOA's en vaker uit eigen initiatief vragen om een SOA-screening. Een andere respondent twijfelt of er effectief nog verschillen zijn tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele personen wat betreft SOA-risico.

En één arts is er zelfs van overtuigd dat het in kaart brengen van seksuele oriëntatie en seksueel contact met een partner van hetzelfde geslacht geen meerwaarde heeft bij SOA-diagnostiek.

> *H8: "Is dat van belang? Naar de SOA-screening toe?" [...] "Wat doet dat er nu toe? Of dat hij gevreeën heeft met een man of met een vrouw? Gaat dat iets wijzigen aan het risico?"*

Een **behandeling met PrEP**, opgestart in een referentiecentrum, kan voor één van de huisartsen ook een opening bieden om het te hebben over seksuele oriëntatie en seksueel risicogedrag. Volgens deze arts kan het als huisarts namelijk zinvol zijn na te vragen waarom patiënten met PrEP gestart zijn en of je als huisarts een rol kan spelen in hun begeleiding.

Preventief uitstrijkje i.k.v. opsporen baarmoederhalskanker

Van de geïnterviewde artsen geeft geen enkele aan een andere houding aan te nemen in het aanbieden van het preventief uitstrijkje ter opsporing van baarmoederhalskanker op basis van de seksuele oriëntatie van patiënten. Hierbij wordt verschillende keren verwezen naar het bevolkingsonderzoek dat een driejaarlijks uitstrijkje aanraadt bij alle vrouwen tussen de 25 en 64 jaar, zonder onderscheid op basis van seksuele oriëntatie of seksueel gedrag.

Kinderwens

Tijdens de interviews kwam het thema kinderwens bij vier artsen aan bod. Twee van die artsen vinden de seksuele oriëntatie relevante informatie om te kennen wanneer ze met een patiënt spreken over een kinderwens. Eén arts vertelt bijvoorbeeld over een ervaring waarbij hij een homoseksueel koppel begeleid heeft bij een adoptieprocedure, en dat in de gesprekken toen ook wel openlijk gepraat werd over seksuele oriëntatie. Een andere arts vindt het dan weer vooral belangrijk rekening te houden met het feit dat een homoseksuele patiënt meer drempels kan ervaren op het vlak van een kinderwens, en dat dit een impact kan hebben op het mentaal welzijn van die patiënt.

Psychosociaal welzijn

Negen van de tien geïnterviewde artsen brachten seksuele oriëntatie in verband met psychosociaal welzijn. Zo vertellen vijf respondenten dat patiënten met een niet-heteroseksuele oriëntatie in hun ervaring soms **worstelen met hun seksuele oriëntatie** en dat dit dan een impact kan hebben op hun mentale gezondheid. Als voorbeelden van psychische problemen worden **depressieve klachten en middelenmisbruik** aangehaald. Eén van de artsen denkt specifiek aan adolescenten, die moeilijkheden kunnen ervaren in de zoektocht naar hun eigen identiteit. Eén respondent geeft een concreet voorbeeld uit haar praktijk waarbij seksuele oriëntatie een impact had op mentaal welzijn:

> *H6: "Een vrouw die jaren geleden een lesbische relatie is aangegaan en haar man daarvoor verlaten heeft, en ze had al kinderen." [...] "Dat was sowieso wel super moeilijk voor haar en ze heeft het daar nog altijd heel moeilijk mee. En dat is zeker een voorbeeld waarbij het meespeelt in de mentale gezondheid."*

Een niet-heteroseksuele oriëntatie kan ook leiden tot moeilijkheden wanneer de **omgeving** van de patiënt dit niet of moeilijk accepteert. Dit wordt door twee huisartsen vermeld. Zo geeft één huisarts het voorbeeld van een homoseksuele patiënt die omwille van zijn seksuele oriëntatie geen contact meer had met zijn ouders.

Eén huisarts twijfelt of patiënten die worstelen met hun seksuele oriëntatie daarmee naar de huisarts stappen. Een andere arts is er daarentegen van overtuigd dat je als huisarts kan fungeren als een **vertrouwenspersoon** en dat je patiënten die worstelen met hun seksuele oriëntatie kan doorverwijzen naar een psycholoog of holebi-organisatie.

Eén respondent heeft het gevoel dat mentale problemen meer kunnen voorkomen in de groep van niet-heteroseksuele patiënten, maar geeft aan dat hij hierdoor geen andere houding aanneemt of meer peilt naar mentale moeilijkheden bij niet-heteroseksuele patiënten.

> *H3: "De vraag is eigenlijk of je daar sneller op moet ingaan of iets mee moet doen bij deze groep. Stel dat dat geweten is, dat het ergens in een zorgelement staat of genoteerd is, moet je dan sneller inpikken op mentale gezondheid? Maar dat doe ik eigenlijk bij een andere groep ook niet per se. Dus ik denk dat dat vraaggestuurd is. En het zou kunnen zijn als je dat noteert en je bekijkt dat allemaal, dat je dan inderdaad meer vraaggestuurde problematiek krijgt die mentaal is vanuit die groep van niet-heteroseksuele populatie, maar ik ga daar, denk ik, op dezelfde manier mee om dan met de groep van heteroseksuele populatie."*

Drie huisartsen geven omgekeerd aan dat ze bij mentale problemen wel proberen polsen naar relaties en/of seksualiteit, zeker wanneer er geen andere duidelijke oorzaak is die aan de basis ligt van de problemen.

4.2. Rol van de huisarts bij het bespreken van seksuele oriëntatie

De visie van de geïnterviewde artsen omtrent de rol van de huisarts bij het bespreken van seksuele oriëntatie is gemengd. Eén arts heeft hier geen duidelijke mening over. Drie andere artsen geven aan dat ze het **initiatief aan de patiënt** overlaten om seksuele oriëntatie te bespreken. Hiervoor wordt door een respondent als reden gegeven dat een patiënt zich voldoende vertrouwd moet voelen bij een arts om over de eigen seksuele oriëntatie te kunnen spreken, en dat is niet altijd even evident.

Eén van deze artsen nuanceert wel dat het aan de huisarts is om een open sfeer te creëren waarbinnen een patiënt kan vertellen over topics zoals seksuele oriëntatie.

Eén arts vindt het duidelijk wel de **taak van de huisarts** om hierin het initiatief te nemen. Ze licht toe dat patiënten het appreciëren dat een huisarts moeilijk bespreekbare onderwerpen zelf aanbrengt.

> *H2: "En ik merk dat soms ook, nu niet per se met dat onderwerp, maar met moeilijkere bespreekbare onderwerpen. Als je als huisarts dat zelf aanbrengt, dat mensen dat eigenlijk wel echt appreciëren. En soms denken we dat ze dat kwetsend zullen vinden of dat dat tegen de*

borst zal stuiten. Maar eigenlijk is dat bijna nooit het geval." [...] "En dat ik wel denk dat het onze rol is om proactief dingen aan te brengen. Dus dat je dat ook wel echt moet doen."

Vijf van de huisartsen vinden het slechts hun taak de seksuele oriëntatie te bespreken wanneer ze deze informatie als **medisch relevant** beschouwen. Gesprekken over seksueel risicogedrag worden hierbij als meest frequente voorbeeld gegeven. Maar ook bij mentale problemen wordt door een aantal artsen aangegeven dat het aan de arts is om te peilen of bepaalde moeilijkheden gelinkt kunnen zijn aan seksuele oriëntatie.

H3: [...] "In zaken waarvan ik denk dat mijn medische besliskunde er misschien door beïnvloed zal worden, dan vind ik het wel mijn taak om ernaar te vragen en vind ik niet dat de patiënt daar verantwoordelijk voor is."

Eén arts vindt dat er weinig ruimte is om deze verantwoordelijkheid er als huisarts bij te nemen, bovenop het huidige takenpakket:

H9: [...] "Dat kan bij ons besproken worden, maar dat dat echt tot ons takenpakket ook nog een keer gaat behoren... Ja, wanneer moeten we dat allemaal doen?"

4.3. Bekwaamheidsgevoel van huisartsen bij het bespreken van seksuele oriëntatie

De respondenten geven allen aan zich **voldoende bekwaam** te voelen om het topic seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten. De meesten vinden dit niet moeilijk en durven dit zonder gêne te bespreken. Dit geldt vooral wanneer ze vinden dat deze informatie medisch relevant is op dat moment.

H6: "Waarom zou het moeilijk zijn?" [...] "Als ik het wil weten, dan ga ik het zeker altijd vragen. Is het een probleem eigenlijk, dat vraag ik me af?" [...] "Ik zie voor mezelf eigenlijk het bevragen van seksuele oriëntatie niet als een probleem."

Eén arts benadrukt dat de **professionele sfeer** tussen huisarts en patiënten de communicatie faciliteert, zodat patiënten zich veilig voelen om over een dergelijk thema te praten als ze dit willen.

H7: "Ik voel me bekwaam omdat ik denk dat er wel een professionele sfeer is die dat toelaat om zo een onderwerp te bespreken of zo. Dat mensen zich hier wel veilig genoeg vinden om daarover te spreken, denk ik. Als ze dat dan zelf willen."

Een andere respondent formuleert genuanceerder dat het bekwaamheidsgevoel eerder **contextafhankelijk** is waarbij de aanmeldingsklacht en -reden voor consultatie van belang zijn. Zo zal deze arts niet vragen naar de seksuele oriëntatie bij banale problemen of puur lichamelijke klachten, maar wel bij relevante kliniek.

Ook het **gebrek aan opleiding** wat betreft communicatie rond seksualiteit wordt aangehaald. Hier wordt later verder op ingegaan.

Tijdens de interviews kwamen nog heel wat andere factoren aan bod die volgens de huisarts een impact hebben op hun bekwaamheid om te communiceren over seksuele oriëntatie. Op deze **beïnvloedende factoren** wordt hieronder verder ingegaan, waarbij een onderverdeling werd gemaakt in artsafhankelijke, patiëntafhankelijke en contextafhankelijke factoren.

4.3.1. Artsafhankelijke factoren

Ervaring van de arts

Enkele artsen geven aan dat ervaring een rol speelt bij het navragen van de seksuele oriëntatie bij een patiënt. Een jongere arts denkt dat meer ervaring, voornamelijk in communicatie en gesprekstechnieken, een meerwaarde kan bieden. Omgekeerd zou weinig ervaring deze arts niet

tegenhouden om het gesprek hierover te voeren. Een andere arts geeft aan zich soms nog te jong en onervaren te voelen om gevoelige vragen aan oudere patiënten te durven stellen.

Eén van de oudere, meer ervaren artsen merkt dat er bij haar door meer ervaring wel een evolutie gekomen is, en dat deze topics hierdoor voor haar makkelijker besproken kunnen worden.

> *H8: "Da's serieus geëvolueerd met de jaren. In het begin, als ik pas afgestudeerd was, was dat zo wat, ja, euhm ... Was dat zo wat anders... Ook naar mannen toe, met zelf ouder te worden, is dat veel gemakkelijker om... Ik heb het dan, allez, zowel over homo- als heteromannen… Is dat veel gemakkelijker om de dingen te benoemen gelijk dat ze zijn, dan vroeger."*

Therapeutische (arts-patiënt)relatie

Heel wat artsen geven aan dat het een stuk makkelijker is om het topic seksuele oriëntatie met hun patiënt te bespreken wanneer er een vertrouwensband aanwezig is.

> *H2: "En ik denk daarbij dat het ook toch wenselijk is dat je voor zo'n soort onderwerpen al een beetje een vertrouwensband hebt met je patiënt. Ja, want ik denk dat, hoe beter je arts-patiëntrelatie is, hoe gemakkelijker juist."*

Veronderstelde reactie bij de patiënt

Een aantal respondenten in ons onderzoek geeft aan te twijfelen om over seksuele oriëntatie te spreken omdat ze ervan uitgaan dat bepaalde patiënten zo'n gesprek als **schofferend** zullen ervaren doordat er nog steeds een stigma rond dit thema hangt.

> *H9: "Want als je er moet achter vragen, dan is er waarschijnlijk al zeker een drempel voelbaar. Dan ga ik dat zo proberen doen, daarin heel voorzichtig zijn. Terecht of onterecht, ja. Misschien maken wij ons daar onterecht zorgen over hè? Misschien hebben de meeste mensen daar geen probleem mee. Alhoewel dat ik toch mannen zou kennen, als je het dan vraagt, dat die serieus van hun wiek zouden geschoten zijn."*

> *H9: "Maar ook schrik om iemand, het zal nu misschien erg klinken, maar om iemand te beledigen." [..] "Het is niet mijn schuld dat dat stigma errond hangt, maar ik hou er wel rekening mee. Ik ben sterk beïnvloed door dat stigma. Ik zeg het zo. Niet omdat ik het een probleem vind, maar omdat ik toch schrik heb om een patiënt te confronteren."*

Daarnaast gaan sommige artsen ervan uit dat een patiënt hiervoor **gêne** zou hebben. Er bestaat een vrees om de gevoelens van een patiënt te kwetsen. De artsen geven aan zelf geen schroom te hebben om over seksuele oriëntatie te praten, maar zien de veronderstelde schroom bij de patiënt als een drempel.

Anderzijds vinden sommige artsen het moeilijk om het onderwerp aan te snijden wanneer ze het gevoel hebben dat de **patiënt worstelt** met diens eigen seksuele oriëntatie.

> *H1: "Soms kan het ook wat bedreigend zijn om, als je voelt dat mensen ermee struggelen, dat dan rechtstreeks te vragen."*

Enkele artsen geven aan dat ze denken dat patiënten dit soort informatie **privé** vinden en gaan hier ook mee akkoord.

> *H7: "Maar ja, 9 van de 10 mensen gaan dat zeer vervelend vinden. En gaan denken: jij hebt daar geen zaken mee." [...] "Maar anderzijds is het ook voor stuk ons zaak niet, hè? Het is ook een beetje de privacy van de patiënt respecteren. Allez alsof dat iedereen zou moeten zeggen tot wie ze zich aangetrokken voelen. Sommige mensen weten het misschien zelf niet eens. Ik denk dat we dan niet de pieren uit de neus moeten halen, dus mensen mogen dat gerust niet vertellen ook, denk ik."*

4.3.2. Patiëntafhankelijke factoren

Geslacht van de patiënt

Bij het peilen naar eventuele drempels die de geïnterviewde huisartsen ervaren bij het bevragen van seksuele oriëntatie in relatie tot het geslacht van de patiënt, geven vier van de tien artsen aan dat zij meer moeite hebben om dit onderwerp bij **mannelijke patiënten** aan te snijden.

> *H5: "Goh... Moh, ja, ik denk bij mannen eerder dan bij vrouwen. Misschien omdat ik zelf vrouw ben." [...] "Ook al ben ik arts, toch dat man-vrouwverschil voel ik nog steeds na tien jaar. Dus voor mij is de drempel hoger om daarover te beginnen of onderzoek te doen, klinisch onderzoek te doen."*

Sommige artsen nuanceren dat bovenstaande drempel vooral een uitdaging is binnen specifieke **subgroepen** van mannelijke patiënten, zoals oudere, jongere of islamitische mannen.

> *H8: "Allez, ik ben een vrouw. Als je zo bij een, allez, bij een moslimman naar seksualiteit gaat vragen… Ik denk niet dat dat euh … in goede aarde terechtkomt."*

Voor andere artsen speelt het geslacht van de patiënt helemaal geen rol.

Leeftijd van de patiënt

Bijna alle respondenten ervaren de leeftijd van de patiënt soms als een obstakel. Zeven van de tien artsen zien de **oudere leeftijd** van de patiënt als een beïnvloedende factor. De ene beschrijft dit eerder als een echte drempel, terwijl de andere het eerder ervaart als een valkuil.

> *H6: "Misschien wel oudere mensen, oudere mannen bijvoorbeeld. Dan denk ik dat dat wel moeilijker is." [...] "Omdat ik een jonge vrouw ben en ik niet zo veel ervaring heb en sowieso iets meer moet strijden voor mijn credibiliteit. Dus als ik dan een 'rare vraag' stel of ze vinden die vraag misschien niet relevant."*

Soms wordt het bevragen niet als een probleem gezien, maar wordt het gewoonweg niet gevraagd, in de veronderstelling dat de patiënt op die leeftijd niet meer seksueel actief is, of in ieder geval niet meer op zoek is naar zijn of haar seksuele oriëntatie.

> *H3: "Als ik daarover nadenk, zal ik het minder gemakkelijk vragen bij een oudere groep, denk ik. Waarschijnlijk uit een soort vooroordeel van: 'die hebben hun keuzes daarin al gemaakt'."*

Ook een **jonge leeftijd** van de patiënt vormt voor sommige respondenten een beïnvloedende factor. Soms als een drempel omdat het als moeilijk wordt ervaren om met pubers over zo'n persoonlijke zaken te praten, maar soms ook net als een faciliterende factor, vooral voor jongere artsen omdat het leeftijdsverschil daar kleiner is.

> *H7: "Ik denk dat het moeilijk is, vooral euhm... Dat is toch wat ik ondervind, zo gelijk bij jongeren, bij pubers." [...] "Een puber zit meestal met gêne hé, tegenover van alles en nog wat. Het veranderende lichaam. En als daar dan, ja, euh ... twijfels zitten rond de eigen geaardheid of onduidelijkheden, maar die ze niet durven uiten, dat komt niet zo evident naar boven."*

Socioculturele achtergrond van de patiënt

Acht op de tien artsen erkennen of geven zelf aan dat er socioculturele drempels zijn bij het aansnijden van dit onderwerp met hun patiënten. De voornaamste drempel die naar voren komt, is **religie of migratieachtergrond**, met name een islamitische achtergrond. Er wordt vanuit gegaan dat homoseksualiteit minder aanvaard is in bepaalde culturen en het bespreken ervan dan ook gevoeliger ligt. Dit zorgt ervoor dat sommige artsen het onderwerp uit de weg gaan of het alleszins moeilijker vinden om erover te beginnen. Daartegenover is er één arts die aangeeft dat dit voor hem geen drempel is.

H1: "Ik denk bijvoorbeeld heel concreet aan één patiënt. Dat is een Afghaanse vluchteling die getrouwd is met een vrouw. Maar... En die altijd met allerlei klachten in de genitale regio komt. Maar dat ik dat op de een of andere manier niet nagevraagd krijg van: "ik denk dat die ook misschien wel seks heeft met mannen". Ik merk het van mezelf. Ik ben dat hier omfloerst aan het vragen."

4.3.3. Consultafhankelijke factoren

Context van het consult

De meerderheid van de deelnemende artsen geeft aan de context van het consult belangrijk te vinden voor het al dan niet bevragen van de seksuele oriëntatie. De **medische relevantie** van de seksuele oriëntatie tijdens de consultatie wordt hierbij opnieuw als bepalend gezien.

H5: "Maar opnieuw, het moet toch een beetje relevant zijn in de context waarmee de patiënt voor je zit." [...] "Euh, ik wil dat de patiënt in kwestie wel begrijpt dat ik het vraag, niet uit curiositeit, maar omdat ik dan belangrijke dingen daaraan ga koppelen."

Sommige consultaties lenen zich meer voor het bespreken van seksuele oriëntatie dan andere. Voorbeelden zoals SOA-screening, relatieproblemen en psychische klachten komen in de interviews naar boven en geven de artsen vaak een **ingangspoort** om dit te bespreken.

Tijdsdruk en werkdruk

Drie van de tien artsen geven de **tijdsdruk** binnen een consultatie aan als drempel. Ze geven aan dat ze de 20 minuten die de meeste huisartsen uittrekken voor een consultatie vaak te kort vinden om een thema als seksuele oriëntatie aan te halen en er ook dieper op in te gaan.

H2: "Je wilt dat gesprek wel deftig voeren of zo. En een gewoon consult duurt meestal maar 15 of 20 minuten. Misschien heb je daar wel te weinig tijd voor. Dat je zoiets hebt op een consult: ik ga dat nu niet vragen, want dan wijken we te ver af van het probleem waarmee de patiënt vandaag is gekomen. Dan misschien een beetje tijdsgebrek."

Overige consultafhankelijke drempels

Eén arts geeft aan het moeilijk te vinden als er **derden** aanwezig zijn op een consultatie, zoals bijvoorbeeld ouders.

4.4. Gebruikte communicatietechnieken

Vier van de geïnterviewde huisartsen geven aan op communicatief vlak vooral gebruik te maken van open vragen, ruimte te laten voor de emoties en gevoelens van de patiënt, en die dan verder te exploreren. Slechts één van deze artsen geeft expliciet aan terug te vallen op de **algemene communicatiestrategieën** die in de artsenopleiding aan bod komen, zoals cues opvangen, erop ingaan en doorvragen …

Een drietal artsen geeft aan te proberen een **open sfeer** te creëren waarbij ze hopen dat patiënten zich comfortabel voelen om over topics zoals seksuele oriëntatie te durven spreken . Dit wordt geprobeerd door gebruik te maken van **inclusief taalgebruik** waarbij aan de patiënt het gevoel wordt gegeven dat een niet-heteroseksuele oriëntatie aanvaard is en hierover kan worden gepraat. Voorbeelden zijn onder andere het hebben over "partners" of over "jouw man of jouw vrouw".

H8: "Ik heb altijd de attitude gehad om naar patiënten toe… Als het over seksualiteit gaat en fysieke relaties, om het te hebben over de partner of de partners." [...] "Om op die manier eigenlijk alles open te trekken." [...] "En ik heb ondervonden, met de jaren, dat dat tot een zekere gerustheid leidt bij de meeste mensen. Waardoor ze dan wel spontaan dingen komen vertellen."

Eén arts vraagt steeds het **mandaat** van de patiënt om een dergelijk onderwerp te bespreken.

H4: "Eigenlijk bij alles wat over emoties en seksualiteit gaat, ga ik altijd vragen van: is het oké dat ik het vraag?"

Communicatie binnen het kader van een SOA-consultatie

Vijf respondenten geven aan bij de inschatting van het seksueel risico eerder **onomwonden** te vragen naar risicocontact(en) en het geslacht van de partner(s).

H6: "Ja, terwijl je je SOA-consult aan het doen bent, vraag je naar het laatste risicocontact. Was het 3 maanden geleden? Ah ok. Welk risicocontact? Welk geslacht? Hoeveel partners? Gewoon zo."

Twee artsen **kaderen** deze vragen door uit te leggen waarom een bepaalde vraag gesteld wordt. Een andere arts doet dit slechts indien er een zekere weerstand wordt ervaren bij de patiënt.

Twee respondenten verduidelijken expliciet dat ze bij de risico-inschatting vragen naar **seksueel risicogedrag** en niet naar de seksuele oriëntatie van de patiënt. Dit doen ze door specifiek te vragen naar het geslacht van de seksuele partner(s).

Eén respondent zal tijdens de consultatie wel vragen waarom een patiënt een SOA-screening wil, maar zal niet specifiek doorvragen naar risicocontact(en) of geslacht van partner(s). Deze huisarts gaat ervan uit dat de patiënt zelf het initiatief zal nemen als die daar meer over wenst te vertellen.

Een andere respondent geeft aan hiermee eigenlijk weinig ervaring te hebben en ook niet goed te weten hoe dit te bespreken. Deze arts geeft aan dit eerder op een luchtige manier te zullen proberen aanbrengen:

H9: "Nee, eigenlijk heb ik dat niet zo veel actief moeten bevragen, omdat ik het dan misschien uit de weg gegaan ben, onbewust, dat kan. Hoe ik het echt actief zou bevragen? Ik zou het niet weten. Ik kan mij nu ook niets voor de ogen halen. Dat ik dat ooit een keer echt actief… [...] "Ja, dat je misschien zegt van: 'Het was toch een vrouw?' Of zo. En dat je dat dan met een glimlach zegt. Dat hij er nog vlot negerend op kan antwoorden. Zoiets." [...] "Ja, zeker niet in het belachelijke trekken, maar zo ludiek opvattend tonen dat je er geen probleem mee hebt, zo. Dat hij zich niet hoeft te schamen. Of zij. Ja."

Gebruik van hulpmiddelen bij het bespreken van seksuele oriëntatie

De meeste respondenten maken bij het bespreken van seksuele oriëntatie geen gebruik van specifieke hulpmiddelen. Eén huisarts gebruikt het infomateriaal van Sensoa en Zanzu. Patiënten die moeilijkheden ervaren met hun seksuele oriëntatie, verwijst ze door naar holebi-organisaties. Een andere respondent verwijst vooral jonge patiënten met vragen over seksualiteit door naar de website allesoverseks.be[8].

Communicatie bij mentale problematiek

Vier respondenten zullen polsen naar relatie(s) of relationele moeilijkheden wanneer ze vermoeden dat de seksuele oriëntatie van de patiënt een rol kan spelen bij problemen in hun mentaal welzijn. Dit wordt dan eerder op een **indirecte** manier bevraagd.

H3: [...] "Ik probeer dan op een andere manier een beetje te peilen naar hoe het gaat rond relaties, seksuele gezondheid, denk ik, in de hoop dat er dan iets meer uitkomt." [...] "Proberen ernaar te peilen en eigenlijk de ruimte geven om het zelf te kunnen vertellen, mocht die patiënt dat willen. Dat probeer ik te doen, daar komt het inderdaad op neer."

Het creëren en bestaan van een **vertrouwensband** wordt hierbij wel als een belangrijke voorwaarde gezien.

[8] Allesoverseks.be is een website van Sensoa met informatie over seksualiteit, lichaam, soa's, anticonceptie en dergelijke.

H6: "Ik zou misschien mijn vraag uitstellen tot de vertrouwensband er is, want ik weet niet of kadering het zoveel beter maakt. Soms leg je er zo gewoon nog meer eieren onder. Dus ik denk dat ik dan eerder twee consulten zou wachten en dan pas de vraag zou stellen. En ondertussen met de assumptie verder gaan. Waarschijnlijk zoiets."

4.5. Noteren van seksuele oriëntatie in het medisch dossier

Bij het bevragen van de artsen of en hoe ze seksuele oriëntatie registreren in het medisch dossier, merkten we zekere verschillen op. De meeste artsen geven aan dat ze bij het bevragen van de seksuele oriëntatie deze informatie bij de **anamnese** noteren, hetzij bij het subjectieve, hetzij bij het objectieve gedeelte van het consultcontact, en doorgaans niet op een vaste plaats. Bovendien benadrukken ze dat ze hier geen zorgelement van zouden maken.

H1: "Ik zou dat gewoon noteren in de open tekst, maar ik zou daar zo geen zorgelement van maken. Omdat ik probeer om dat te houden voor dingen die echt een ziekte zijn, of een symptoombeschrijving." [...] "Maar als je meestal de laatste consultaties een keer opent, heb je dat wel zien staan."

Van de artsen die deze informatie in het medische dossier vastleggen, geven er ook drie aan dat ze, in geval van seksueel risicogedrag, deze gegevens zouden delen in gedeelde medische dossiers zoals een **Sumehr**[9]. Dit initiatief staat voor hen vaak los van de seksuele oriëntatie op zich.

H2: "Maar ik denk niet dat ik bijvoorbeeld homoseksualiteit als topic of zo, of als zorgelement in de medische voorgeschiedenis zou zetten. Wat ik dan bijvoorbeeld wel zou registreren, maar dat geldt ook voor heteroseksuele mensen, als ze een seksueel risicogedrag hebben. Dan zet ik dat wel in het dossier."

Ook zijn er drie artsen die aangeven deze informatie **niet te noteren** in het medische dossier. Van deze artsen zijn er twee soloartsen, die allebei aangeven dat ze deze informatie uit het hoofd kennen.

Ook een collega uit een groepspraktijk deelt mee dat hij deze gegevens niet noteert, uit angst voor mogelijke vooroordelen van collega's binnen de praktijk.

H7: "Er zijn mensen van wie ik weet dat ze een andere geaardheid hebben dan de norm. Ja klinkt een beetje raar, maar het is nog altijd de norm, hetero. Dan weet ik het uit mijn hoofd. Je zou kunnen zeggen van: 'Is het dan niet relevant voor de collega die dat dossier opendoet?' [...] "Dat die voorkennis misschien een beetje misleidende informatie zou kunnen geven, dat is ook gevaarlijk."

Verder werd opgemerkt dat er in de medische dossiers die bestaan in België **geen plaats** lijkt te zijn om zaken zoals seksuele oriëntatie gestructureerd te noteren. Eén van de artsen ervaart dit als een gemis, en geeft aan dat een vaste plaats waar deze informatie genoteerd kan worden, het voordeel heeft dat de patiënt niet telkens opnieuw moet vertellen dat die homoseksueel is.

Interne praktijkafspraken

Bij de huisartsen die in groepspraktijken werken, is er in geen enkele praktijk afgesproken waar en hoe de seksuele oriëntatie van de patiënt in het dossier wordt genoteerd.

Eén van de artsen geeft aan dat er hierover geen praktijkafspraken zijn omdat de visies van de artsen te veel verschillen. Dit zorgt ervoor dat er bijgevolg geen uniforme afspraken zijn over het noteren in het medisch dossier.

H4: "Omwille van verschillende tijdgeesten. De collega die in het jaar '52 geboren is… Ja, toen hij geboren is, stond homoseksualiteit nog in de DSM."

[9] Deze term staat voor: *Summarized Electronic Health Record*.

Toestemming van de patiënt

Van de drie artsen die hebben aangegeven bepaalde informatie zoals seksueel risicogedrag te exporteren naar een gedeeld medisch dossier buiten de praktijk, geven er twee aan dit niet te doen zonder de toestemming van de patiënt.

> *H2: "Maar misschien dat ik dan wel toestemming zou vragen aan de patiënt, of ik dat daarin mag zetten. Zeker ook als je dan een Sumehr verstuurt, dan vraag ik nog altijd wel een keer of dat alles erin mag. Dat zijn toch wel dingen waar je dan voorzichtig mee moet zijn, denk ik."*

Eén arts geeft aan het wel te vragen aan de patiënt maar zou bepaalde informatie, indien medisch relevant, toch in het dossier noteren zonder toestemming van de patiënt. Hierbij zou deze arts het noteren op een vertrouwelijke plaats die enkel zichtbaar is voor de arts zelf.

> *H4: "Ik denk inderdaad dat het wel goed is dat je het bevraagt bij de patiënt, maar als patiënt 'nee' zegt… dan zou ik het gelijk toch nog noteren in het vakje dat wij als arts apart mogen gebruiken, zo dat notavakje… Hetgene dat je niet moet delen als de patiënt ooit het dossier opvraagt. Voornamelijk voor de impact op het dossier."*

Eén arts deed een opmerkelijk voorstel: hij hoopt dat patiënten in de toekomst zelf informatie aan hun gedeelde medische dossiers kunnen toevoegen, zoals bijvoorbeeld hun seksuele geaardheid.

> *H3: "Ik denk dat in de toekomst normaal gezien je patiënt daar al dan niet zou moeten kunnen in werken. Dat die daar zelf bepaalde dingen aan kan toevoegen, niet per se verwijderen, maar ook gaat kunnen zeggen van "ik heb dit gezien in mijn dossier, wat is de reden dat dit erin staat?"."*

4.6. Opleidingen over seksuele oriëntatie

Alle deelnemende huisartsen werden bevraagd over eventueel gevolgde opleidingen rond seksuele oriëntatie en communicatie rond dit onderwerp. Minder dan de helft van de respondenten kreeg ooit les of volgde ooit een bijscholing over dit onderwerp.

Slechts één huisarts herinnert zich een les te hebben gekregen betreffende dit onderwerp in de **huisartsenopleiding**. Deze les ging over communicatie rond seksualiteit, meer bepaald over de Onder Vier Ogen Methode van Sensoa. Deze respondent verwijst daarnaast ook naar de aangeleerde gesprekstechnieken tijdens de communicatielessen in de basisopleiding, die ook bij het bespreken van seksuele oriëntatie van pas kunnen komen. De andere respondenten hebben over seksuele oriëntatie niets gezien in hun opleiding of kunnen zich hier niets over herinneren.

Zes respondenten geven aan hierover nooit een **bijscholing** te hebben gevolgd. Eén huisarts volgde een bijscholing rond SOA-screening en over hoe te communiceren met patiënten binnen deze context. Deze geeft aan dat de bijscholing echter weinig impact gehad heeft op diens handelen. Een andere huisarts volgde recent een bijscholing over genderdysforie. Eén respondent kreeg ooit een bijscholing vanuit Domus Medica over seksualiteit, maar die ging niet over seksuele oriëntatie. Een andere volgde via de LOK-groep een bijscholing georganiseerd door Domus Medica in verband met praten over seksualiteit. Deze huisarts zegt hierdoor wel bewuster geworden te zijn over het topic, maar vond dat de opleiding diepgaander en meer casusgericht had mogen zijn.

Het onderwerp lijkt de laatste jaren wel bespreekbaarder te zijn geworden, volgens één respondent:

> *H5: [...] "Er wordt toch wel over gesproken, over die zaken. Allez, het is geen taboe. Hetzelfde een beetje gelijk levensbeëindiging, dat is ook geen taboe meer. Niet zoals tien jaar geleden. Dus je voelt de evolutie."*

Slechts één respondent geeft aan de **Onder Vier Ogen Methode** van Sensoa te kennen, maar maakt er geen bewust gebruik van. Twee respondenten geven aan dat ze hun eigen toegepaste gespreksmethodiek wel gelijkaardig vinden aan de methode die Sensoa voorstelt.

De helft van de deelnemende artsen zou **interesse** hebben om in de toekomst een bijscholing te volgen over seksuele oriëntatie en gezondheidszorg. Er is daarbij vooral interesse in communicatieve vaardigheidstrainingen.

> *H1: "Hoe dingen aanbrengen als je zelf een soort barrière voelt of zo, bij die patiënten. Om daar concrete tips te krijgen: hoe kan ik hier op een open manier iets ter sprake brengen zonder dat de patiënt zich aangevallen voelt. Zo duidelijk zou wel nuttig zijn."*

Twee artsen hebben ook interesse om het **patiëntenperspectief** over dit onderwerp te kennen, bijvoorbeeld door een sessie met een ervaringsdeskundige.

> *H2: "Maar wat ik ook interessant zou vinden, is om dan een keer het patiëntenperspectief te horen. Hoe zij dat vinden als een huisarts daarover begint. En wat zij wel en niet appreciëren, hoe dat wordt aangebracht. En dat dat ook wel altijd super nuttig is."*

Eén arts zou ook de indicaties voor het bespreken van seksuele oriëntatie toegelicht willen krijgen tijdens zo'n bijscholing. Een andere arts zou een communicatieve sessie graag gekoppeld zien aan een vaardigheidstraining bij de diagnostiek van SOA's, zoals correcte afname van wissers.

Eén van de artsen vindt een toelichting van mogelijke verwijsmogelijkheden, zoals in het **themadossier van Domus Medica** wordt aangeboden, wel nuttig:

> *H3: [...] "De sociale kaart daarin kennen is natuurlijk zeer zinvol. Iedereen kent wel iemand met een niet-heteroseksuele oriëntatie, ook al val je zelf binnen de verwachte norm. Maar dat wil niet zeggen dat je daarom de sociale kaart die daarbij hoort goed kent. En dat is als arts altijd zinvol, om te weten waar je specifieke hulpverlening kan vinden. Ook al voel je je niet bekwaam genoeg over een bepaald topic, hoe kan je verwijzen in de juiste richting, binnen issues die specifiek daarover gaan." [...]*

De informatie die het themadossier wil brengen in verband met het verschil in zorgnoden heeft voor de respondent minder directe consequenties voor de dagelijkse praktijk:

> *H3: "Aangezien ik daar zelf niet in sta, kan ik waarschijnlijk onvoldoende inschatten wat die [verschil in zorgnoden] zijn. Dus het kan altijd zinvol zijn om het te horen, maar de vraag zal zijn: 'koppel je daarom een ander beleid daaraan of niet?' Wat je precies in je medisch handelen gaat doen, ga je iets aanpassen of niet? Dat weet ik niet."*

De andere helft van de artsen heeft geen directe interesse in bijscholingen. Eén van die artsen geeft uitdrukkelijk aan geen nood te hebben aan extra communicatierichtlijnen of -tools. Een andere van die artsen zegt wel meer te willen leren over genderdysforie, voornamelijk op communicatief vlak, zoals het correct gebruik van voornaamwoorden.

> *H6: "Mijn punt is ook, ik weet niet of er daar nog bijscholingen over zijn, omdat dat iets is wat wel relatief ingeburgerd is. In tegenstelling tot de nieuwere hot topics van genderdysforie."*

5. Discussie

Het bewustzijn van artsen over de impact van seksuele oriëntatie op gezondheid

Zo goed als alle geïnterviewde artsen vinden het een **meerwaarde** om de seksuele oriëntatie van hun patiënten te kennen, voornamelijk wanneer ze de indruk hebben dat deze een impact heeft op het medisch beleid. **Seksuele en reproductieve gezondheid en mentaal welzijn** blijken hierbij de belangrijkste thema's. De participanten lijken zich gedeeltelijk bewust van de gezondheidsverschillen op deze domeinen bij niet-heteroseksuele patiënten. In de literatuur worden echter ook andere gezondheidsverschillen beschreven voor niet-heteroseksuele personen, zoals het vaker voorkomen van bepaalde maligniteiten (7).

Daarnaast beschrijven enkele artsen dat seksuele oriëntatie maatschappelijk zo goed als geen issue meer vormt en dus ook bespreekbaar en genormaliseerd is. In realiteit leert de literatuur ons echter dat personen met een niet-heteroseksuele oriëntatie nog steeds slachtoffer zijn van **discriminatie** in de maatschappij (11), vaker seksueel geweld ervaren (4) en dat er zelfs nog hate crimes plaatsvinden omwille van seksuele oriëntatie (35). Het is belangrijk om zich als arts hiervan bewust te zijn, om bepaalde moeilijkheden die patiënten ervaren niet te banaliseren.

De grote meerderheid van de deelnemende artsen erkent wel verschillen in seksuele gezondheid tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele patiënten, met name wat betreft **SOA's**. Een groot deel van hen past hun diagnostisch en therapeutisch beleid dan ook aan in functie van de seksuele oriëntatie van de patiënt. Sommige artsen geven hierbij wel aan zich eerder te focussen op seksueel risicogedrag en niet zozeer op seksuele oriëntatie, om zo stigmatisering te vermijden. Dit komt overeen met de aanbevelingen van de praktijktool "Seksueel overdraagbare infecties" van Domus Medica (63). Een minderheid van de artsen beschouwt seksuele oriëntatie niet als essentiële informatie bij de aanpak van SOA's en geeft aan niet anders te handelen bij heteroseksueel of homoseksueel contact. Dit wijkt af van wat de literatuur en richtlijnen voorschrijven (63,64,66).

De grote meerderheid van de geïnterviewde artsen geeft aan te denken dat bepaalde **mentale problemen** vaker voorkomen bij niet-heteroseksuele patiënten. De literatuur bevestigt inderdaad hogere prevalentiecijfers van mentale aandoeningen (7). Daarentegen lijken de huisartsen in ons onderzoek zich veel minder bewust van het hogere risico op sociale problematiek, zoals het vaker voorkomen van seksueel geweld, middelenmisbruik en discriminatie bij niet-heteroseksuele patiënten (4,11,36,37).

Er wordt bij enkele geïnterviewde huisartsen wel in vraag gesteld of het meer voorkomen van bepaalde aandoeningen bij niet-heteroseksuele patiënten ook een impact moet hebben op het **beleid in de huisartsenpraktijk**. De vraag rijst of er specifieke maatregelen nodig zijn in de diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen omdat ze meer voorkomen bij niet-heteroseksuele patiënten, of het eigenlijk voldoende is om zich bewust te zijn van deze hogere prevalentie, zonder specifieke aanpassingen van het beleid.

Hoe verloopt de communicatie tussen huisarts en patiënt over seksuele oriëntatie?

De geïnterviewde huisartsen hebben een verdeelde visie over de **rol van de huisarts** bij het bespreken van seksuele oriëntatie met hun patiënten. Een kleine meerderheid beschouwt dit als een taak van de huisarts wanneer de informatie als medisch relevant wordt gezien. Een aantal huisartsen laat het initiatief eerder over aan de patiënt om te praten over seksuele oriëntatie en ziet het niet als hun taak om dit proactief te bevragen. In de literatuur worden zorgverleners wel aangemoedigd het initiatief te nemen om te praten over seksuele oriëntatie, omdat dit als essentieel wordt gezien om de gezondheidszorg inclusiever en toegankelijker te maken (46–51).

Tijdens een SOA-consultatie geeft een aantal artsen aan de gestelde vragen rond seksuele oriëntatie te kaderen binnen hun **medische relevantie**. Dit wordt ook aanbevolen in de KCE-tool "Aanpak van SOA's door de eerste lijn" (64).

Wanneer bij **mentale problematieken** vermoed wordt dat de seksuele oriëntatie van de patiënt een rol kan spelen, wordt hier door de geïnterviewde artsen op een eerder indirecte manier naar gepolst,

bijvoorbeeld door in het gesprek te vragen naar relaties. Het hebben of creëren van een **vertrouwensband** tussen arts en patiënt wordt door veel artsen als een belangrijk element gezien om dergelijke gesprekken te kunnen voeren. Ook dit ligt in lijn met de bevindingen uit de literatuur (53).

In de interviews geven de huisartsen aan dat seksuele oriëntatie en het communiceren hierover niet of slechts beperkt aan bod komt in de **opleiding** tot arts en tijdens **bijscholingen**. Dit gebrek aan educatie wordt bevestigd in de literatuur (41,54,55).

De meeste artsen maken op communicatief vlak vooral gebruik van open vragen en creëren een open sfeer, bijvoorbeeld door het gebruik van inclusief taalgebruik. Er wordt door de participanten geen gebruik gemaakt van bestaande **hulpmiddelen** die het bespreken van seksuele oriëntatie (en breder seksuele gezondheid) kunnen faciliteren. Onwetendheid over het bestaan van dergelijke hulpmiddelen kan hiervoor een verklaring vormen. Zo kent bijna geen enkele van de huisartsen de Onder Vier Ogen Methode van Sensoa. Verschillende van de geïnterviewde huisartsen vertonen wel interesse in een **vaardigheidstraining** rond het communiceren over seksuele oriëntatie. Ook in de literatuur worden communicatietrainingen als een meerwaarde beschouwd om zorgverleners competenter te maken in het bespreken van seksuele oriëntatie (54).

Bekwaamheidsgevoel, drempels en faciliterende factoren

Alle deelnemende huisartsen geven aan zich **voldoende bekwaam** te voelen om het thema seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten. Ze schrijven dit zelf voornamelijk toe aan de professionele context van hun consulten, de vertrouwensband met hun patiënten en hun jaren ervaring als arts.

Deze zelf gerapporteerde bekwaamheid wordt niet volledig bevestigd door de overige bevindingen uit de interviews. Hieruit blijkt namelijk dat sommige artsen in hun effectieve communicatie toch **tekortschieten** op bepaalde vlakken. Zo volgen bijvoorbeeld niet alle geïnterviewde artsen de richtlijnen en aanbevelingen uit de literatuur betreffende het bespreken van seksuele oriëntatie en seksueel gedrag bij SOA-consultaties.

Tijdens de interviews komen verschillende factoren naar boven die het bespreken van seksuele oriëntatie **belemmeren**. Zo heerst bij verschillende geïnterviewde artsen de perceptie dat patiënten moeilijk over dit onderwerp kunnen praten, dat ze seksuele oriëntatie als iets **privé** zien. Een aantal artsen ervaart daarnaast ook moeilijkheden om het gesprek over seksuele oriëntatie aan te snijden wanneer ze denken dat een patiënt hier zelf mee worstelt. In de realiteit hebben de meeste artsen nochtans geen slechte ervaringen meegemaakt. Ook uit de literatuur blijkt dat het expliciet bevragen van seksuele oriëntatie door een zorgverlener door veel niet-heteroseksuele patiënten als positief wordt ervaren (12). De twijfelende houding van verschillende artsen kan dus als eerder onterecht worden beschouwd.

Daarnaast vinden verschillende artsen het moeilijker seksuele oriëntatie te bespreken bij **mannen**, vooral oudere mannen en islamitische mannen. Ze wijten dit aan de angst om deze patiënten te beledigen en zo de vertrouwensband te compromitteren. Los van geslacht vormt een oudere **leeftijd** van de patiënt voor een deel van de artsen ook een drempel. Zo heerst bij bepaalde artsen de veronderstelling dat de patiënt op oudere leeftijd niet meer seksueel actief is, of in ieder geval niet meer op zoek is naar zijn of haar seksuele oriëntatie. Voor bepaalde (oudere) artsen is een gesprek over seksuele oriëntatie net moeilijker bij patiënten van een jonge leeftijd, bijvoorbeeld met pubers die sowieso wat meer worstelen met zichzelf. Deze drempels komen niet terug in de bevindingen uit ons oriënterend literatuuronderzoek.

Opmerkelijk is dat een aantal artsen het uitdagender vindt om seksuele oriëntatie te bespreken met patiënten van islamitische **religie** of achtergrond, omdat ze veronderstellen dat homoseksualiteit hier minder aanvaard is en vaak als taboe wordt beschouwd. Ook deze bevindingen kunnen niet ondersteund worden door ons literatuuronderzoek.

Verder wordt de huidige **werkdruk,** die Vlaamse huisartsen ondervinden, door een paar artsen als drempel gezien om thema's zoals seksuele oriëntatie te bespreken. Zo zien ze binnen het voorziene tijdsbestek van een consultatie en de vele rollen die een huisarts al op zich moet nemen, onvoldoende tijd en ruimte om een diepgaand gesprek te hebben over seksuele oriëntatie of seksueel welzijn in bredere zin. Dit is een bevestiging van de bevindingen uit de literatuur (55).

In tegenstelling tot bovengenoemde belemmeringen, bestaan er ook faciliterende factoren, die het gesprek over seksuele oriëntatie net eenvoudiger maken. De geïnterviewde artsen vinden het bespreken van seksuele oriëntatie bijvoorbeeld makkelijker wanneer ze tijdens een consultatie de **medische relevantie** hiervan inzien en op die manier een duidelijke ingangspoort hebben om dit thema aan te snijden. Ook de **vertrouwensrelatie** blijkt, zoals hoger beschreven, een bevorderende factor.

Als bemerking moeten we noteren dat de patiënt- en artsafhankelijke factoren die een impact hebben op de communicatie over seksuele oriëntatie zoals in de literatuur beschreven, voornamelijk bekeken werden vanuit het perspectief van niet-heteroseksuele patiënten. Dit in tegenstelling tot de informatie van onze interviews, waarbij het thema vanuit het perspectief van de huisarts werd bevraagd. In verschillende studies wordt een LGBT-vriendelijke praktijk, waarbij bepaalde visuele aanwijzingen dit kenbaar maken, door niet-heteroseksuele patiënten als stimulerende factor beschouwd om zelf open te communiceren over hun seksuele oriëntatie naar zorgverleners toe (12,32,53). Dergelijke voorbeelden werden niet besproken tijdens onze interviews.

Noteren in het medisch dossier

Het is opmerkelijk hoe er in de door ons benaderde huisartsenpraktijken duidelijk **verschillende strategieën** zijn voor het noteren van de seksuele oriëntatie in het elektronisch medisch dossier (EMD). Veel van hen lijken deze informatie wel degelijk te noteren in het individuele consultverslag, zonder hier een effectief zorgelement van te maken. Van deze artsen kiest een deel ervoor om seksueel risicogedrag, indien aanwezig, wel te vermelden in de Sumehr van de patiënt. Dit natuurlijk met expliciete toestemming van de patiënt. Eén arts in ons onderzoek hoopt dat patiënten dit soort informatie (zoals seksuele oriëntatie) in de toekomst zelf aan hun dossier kunnen toevoegen. Enkele artsen kiezen er daarentegen voor om de seksuele oriëntatie van de patiënt helemaal niet in het dossier op te nemen. Dit kan voortkomen uit verschillende overwegingen, zoals het feit dat zij als soloarts werken en dus geen directe noodzaak zien om dergelijke informatie te noteren. Ook angst voor vooroordelen over de patiënt door collega's komt aan bod.

Volgens de literatuur getuigt het zorgvuldig **noteren** van de seksuele oriëntatie in het EMD van een meer proactieve benadering ten opzichte van de patiënt. Dit resulteert in beterescreening en preventie, effectievere behandelingen, betere educatie en bevorderingen van de algemene gezondheid (68). Bovendien kan het op populatieniveau een meerwaarde bieden door het faciliteren van onderzoek dat dieper ingaat op gezondheidsverschillen. Dit kan uiteindelijk leiden tot betere zorg voor deze gehele populatie (67,68).

We erkennen echter ook **bezorgdheden** die in de literatuur beschreven worden met betrekking tot dataveiligheid, de moeilijkheden rond labels die niet altijd inclusief genoeg zijn en de angst voor stigmatisatie van de patiënt. **Zelfrapportage** via een patiëntenplatform wordt ook in de literatuur voorgesteld als een mogelijke oplossing voor enkele van bovenstaande problemen (69) en wordt al in enkele landen als oplossing toegepast (74).

Hoewel het onderwerp van een LGB-inclusief EMD lijkt te leven, zijn de huidige medische programma's voor Vlaamse huisartsen hier nog niet op voorbereid. In Vlaanderen ontbreekt het momenteel ook aan duidelijke richtlijnen op dit gebied, in tegenstelling tot bepaalde andere landen zoals de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (67,71).

Sterktes en zwaktes van de studie

Voor dit kwalitatief onderzoek werd geprobeerd een groep huisartsen te interviewen, divers in leeftijd, samenwerkingsvorm en werkplaats. Door het beperkte aantal deelnemers kan men natuurlijk niet spreken van een representatieve groep voor de totaliteit van Vlaamse huisartsen. Ook is er waarschijnlijk geen datasaturatie bereikt. Het doel van dit onderzoek bestond er dan ook vooral uit om bepaalde hypotheses te genereren en een diepgaand inzicht te verkrijgen in de ideeën van de doelgroep.

De geïnterviewde artsen werden gerekruteerd uit het persoonlijke netwerk van de verschillende onderzoekers. Dit heeft als voordeel dat hierdoor de drempel om over delicate onderwerpen te praten misschien kleiner was, maar als nadeel dat er mogelijk geen artsen bereikt werden met een sterk verschillende visie over het thema. De artsen die akkoord gingen om deel te nemen hebben mogelijk

ook een grotere interesse en/of expertise in het topic (selection bias). Anderzijds gaven verschillende artsen aan dat ze hun bekwaamheid rond dit thema moeilijk te beoordelen vonden, omdat ze weinig ervaring hebben met het bespreken van seksuele oriëntatie.

Bij het afnemen van de interviews werd steeds hetzelfde vragenprotocol gebruikt, met als doel zoveel mogelijk dezelfde topics aan bod te laten komen. In de realiteit werden bepaalde vragen diepgaander beantwoord door bepaalde deelnemers dan door anderen, en vormde het vergelijken van antwoorden daardoor soms een uitdaging. Het coderen van de interviews gebeurde echter wel telkens door twee verschillende onderzoekers, onafhankelijk van elkaar.

6. Besluit

Uit bovenstaand onderzoek wordt duidelijk dat er nog aanzienlijke ruimte is voor verdere verkenning binnen dit onderzoeksdomein van de huisartsgeneeskunde. Onze aanbevelingen voor verder onderzoek omvatten een meer uitgebreid onderzoek naar de bekwaamheid van Vlaamse huisartsen om seksuele oriëntatie te bespreken, met een representatieve steekproef. Daarnaast is het van belang om de invloed van factoren zoals religie en leeftijd van de patiënt op het bespreken van seksuele oriëntatie te onderzoeken. Het beter begrijpen van deze drempels kan namelijk bijdragen aan het vinden van mogelijke oplossingen. Bovendien kunnen de perspectieven van patiënten waardevolle inzichten bieden en de bestaande literatuur verrijken.

Naast enkele aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek, stellen we ook praktische aanbevelingen voor die direct kunnen worden toegepast. Het is van essentieel belang om meer opleidingen en bijscholingen te implementeren over de gezondheidsverschillen bij niet-heteroseksuele patiënten, evenals communicatietraining over het bespreken van seksuele oriëntatie. Daarnaast is het eveneens belangrijk om de bestaande hulpmiddelen beter bekend te maken onder Vlaamse huisartsen.

We stellen ook voor om de leveranciers van Elektronische Medische Dossiers (EMD) in Vlaanderen te adviseren een sectie toe te voegen waarin informatie over seksuele oriëntatie (en eventueel in de toekomst genderidentiteit) kan worden opgenomen. Op de lange termijn lijkt het ook nuttig om een Sumehr te ontwikkelen waarin patiënten zelf informatie kunnen toevoegen via zelfrapportage. Dit zou niet alleen relevant zijn voor het onderwerp dat we in deze scriptie behandelen, maar ook breder toepasbaar zijn.



Figuur 3. Aanbevelingen.

7. Referenties

1. Buysse A, Enzlin P, Lievens J, Sjoen GT', Houtte V, Onderzoeksteam HV, et al. Basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen S Promotoren.
2. Pollard A, Bradley J, Cooper M, Sadhwani S, Northam A, Llewellyn C. The NHS England fundamental information standard for monitoring sexual orientation. Vol. 69, British Journal of General Practice. Royal College of General Practitioners; 2019. p. 94–5.
3. Lindström M, Nystedt TA, Rosvall M, Fridh M. Sexual orientation and poor psychological health: a population-based study. Public Health. 2020 Jan;178:78–81.
4. Leusink P, De Blécourt K, Bakker B, Overbeek M. HUISARTS EN WETENSCHAP Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie [Internet]. Available from: www.komteenmensbijdedokter.
5. De Schrijver L, Fomenko E, Krahé B, Dewaele A, Harb J, Janssen E, et al. An assessment of the proportion of LGB+ persons in the Belgian population, their identification as sexual minority, mental health and experienced minority stress. BMC Public Health. 2022 Dec 1;22(1).
6. Vanden Berghe W. SURVEILLANCE VAN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES Epidemiologische situatie op 31 december 2021. Available from: https://doi.org/10.25608/da1c-tm12
7. Hudson-Sharp N, Metcalf H. Inequality among lesbian, gay bisexual and transgender groups in the UK: a review of evidence. 2016.
8. Orde der Artsen. GENDER EN GEZONDHEIDSZORG. 2021.
9. Cavaria. Genderkoek.
10. Vlaamse overheid. https://www.vlaanderen.be/dienst-diversiteitsbeleid/begrippen-rond-gender-en-seksuele-diversiteit. Begrippen rond gender- en seksuele diversiteit.
11. PRRI. A POLITICAL AND CULTURAL GLIMPSE INTO AMERICA'S FUTURE.
12. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. Br J Gen Pract. 2018 Mar;68(668):e187–96.
13. Cochran SD, Björkenstam C, Mays VM. Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001-2011. Vol. 106, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2016. p. 918–20.
14. Hajek A, Buczak-Stec E, König HH. Do sexual minorities believe that they die earlier? Results from a large, representative survey. BMC Geriatr. 2023 Nov 14;23(1):742.
15. Mitchell Martin, Great Britain. Equality and Human Rights Commission., National Centre for Social Research (Great Britain). Sexual orientation research review 2008. Equality and Human Rights Commission; 2009. 476 p.
16. 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. J Prim Health Care. 2015 Sep 1;7(3):204–12.
17. Sensoa. https://www.sensoa.be/hiv-belgie-feiten-en-cijfers. Hiv in België: feiten en cijfers.
18. National Institute of Mental Health. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/hiv-aids#:~:text=People%20with%20HIV%20have%20a,a%20mental%20disorder%20can%20recover. HIV and AIDS and Mental Health.
19. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html#:~:text=You%20can%20use%20strategies%20such,%2Dexposure%20prophylaxis%20(PEP). HIV prevention.
20. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. https://www.bcfi.be/nl/chapters/12?matches=PrEP&frag=10868. Middelen tegen retrovirussen (HIV).
21. Sensoa. https://www.allesoverseks.be/prep#title3. PrEP.
22. Sensoa. https://www.allesoverseks.be/waarom-lopen-homomannen-meer-risico-op-hiv#:~:text=Als%20man%20die%20seks%20heeft,andere%20mannen%20(of%20vrouwen). Waarom lopen homomannen meer risico op hiv?
23. Advies H, Gezondheid GS. Hiv-verdieping naast de NHG-Standaard "Het Soa-Consult" Amsterdam, Aanpassing maart 2019 (oorspronkelijke versie 2013) [Internet]. Available from: www.sekshag.nl
24. Solazzo AL, Tabaac AR, Agénor M, Austin SB, Charlton BM. Sexual orientation inequalities during provider-patient interactions in provider encouragement of sexual and reproductive health care. Prev Med (Baltim). 2019 Sep;126:105787.

25. Bailey J V, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. Br J Gen Pract. 2000 Jun;50(455):481–2.
26. Hoge gezondheidsraad. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HGR 9181) [Internet]. Available from: www.hgr-css.be
27. Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jespers V, Hanquet G. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF HPV VACCINATION OF BOYS IN BELGIUM [Internet]. Available from: www.kce.fgov.be
28. De Grauwe Ellen. Hoe gaan holebi's om met hun kinderwens? 2007.
29. Luk JW, Parker EO, Richardson LP, McCarty CA. Sexual attraction and experiences in the primary care setting: Examining disparities in satisfaction with provider and health self-efficacy. J Adolesc. 2020 Jun;81:96–100.
30. Durso LE, Meyer IH. Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Sex Res Social Policy. 2013 Mar 1;10(1):35–42.
31. Ruben MA, Fullerton M. Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: A meta-analysis and review. Patient Educ Couns. 2018 Sep;101(9):1549–60.
32. Buczak-Stec E, König HH, Hajek A. Sexual Orientation and Psychosocial Factors in Terms of Loneliness and Subjective Well-Being in Later Life. Gerontologist. 2023 Feb 25;63(2):338–49.
33. Hellemans S, Dewaele A, Van Houtte M, Buysse A. Onderzoek naar partnergeweld bij holebi's.
34. Huijnk W, Damen R, van Kampen L. LHBT-monitor 2022; LHBT-monitor 2022 [Internet]. Available from: www.scp.nl
35. OSCE ODIHR. https://hatecrime.osce.org/belgium?year=2022. Hate Crime Report Belgium.
36. Deal C, Gonzales G. Homelessness Among Sexual Minority Youth. Pediatrics. 2023 Dec 1;152(6).
37. Chatterjee A, Obando A. LGBTQ+ Youth Experiencing Homelessness: Health Impacts and a Call to Action. Pediatrics. 2023 Dec 1;152(6).
38. Cavaria. VLAAMSE LGBT+ SCHOOLKLIMAAT ENQUÊTE 2016 - 2017.
39. National Senior Citizens Law Center. LGBT Older Adults in Long-Term Care Facilities [Internet]. Available from: http://www.lgbtlongtermcare.org.
40. Huyghebaert Pieterjan. LGBTQ-personen kruipen soms terug de kast in als ze in woonzorgcentrum belanden: "Het is een vergeten en onzichtbare groep." https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/11/21/seniorenweek-lgbtq/.
41. Jamieson A, Cross H, Arthur S, Nambiar K, Llewellyn CD. Patient sexual orientation and gender identity disclosure. Clin Teach. 2020 Dec;17(6):669–73.
42. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2015 Sep;16(9):1061–70.
43. Zaritsky E, Dibble SL. Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. J Womens Health (Larchmt). 2010 Jan;19(1):125–31.
44. Solberg MA, Blair LM, Schlegel EC, Kurzer JAMJ. Health Disparities Among Sexual and Gender Minorities With Adverse Childhood Experiences: Insights From the 2021 Behavioral Risk Factor Surveillance System Data. Am J Public Health. 2023 Dec;113(12):1343–51.
45. Looten Marianne. De psychosociale en fysieke noden van niet-heteroseksuele personen en de rol van de huisarts.
46. Bjarnadottir RI, Bockting W, Dowding DW. Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review. J Clin Nurs. 2017 Jul;26(13–14):1814–33.
47. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Lesbian G. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people : building a foundation for better understanding. National Academies Press; 2011. 347 p.
48. Cahill S, Makadon H. Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Clinical Settings and in Electronic Health Records: A Key to Ending LGBT Health Disparities. LGBT Health. 2014 Mar;1(1):34–41.
49. Alper J, Feit MN, Sanders JQ, Institute of Medicine (U.S.). Board on the Health of Select Populations, Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Electronic Health Records (Workshop) (2012 : Washington DC). Collecting sexual orientation and gender identity data in electronic health records : workshop summary. 73 p.
50. Office of Disease Prevention and Health Promotion. https://wayback.archive-it.org/5774/20220413203148/https://www.healthypeople.gov/2020/topics-

objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health.
51. Council of Europe. Commissioner for Human Rights. Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. Council of Europe Publishing; 2011. 132 p.
52. Schofield K, Cuttler C, Conner BT, Prince MA. Pot at the End of the Rainbow: Cannabis Use Among Sexual Minorities. Cannabis Cannabinoid Res. 2023 Oct;8(5):942–8.
53. St Pierre M. Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. J Lesbian Stud. 2012;16(2):199–219.
54. 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 Soc Care Community. 2005 Jul;13(4):345–53.
55. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings? Sex Med. 2020 Dec;8(4):599–607.
56. Hughes TL, Bochicchio L, Drabble L, Muntinga M, Jukema JS, Veldhuis CB, et al. Health disparities in one of the world's most progressive countries: a scoping review of mental health and substance use among sexual and gender minority people in the Netherlands. BMC Public Health. 2023 Dec 18;23(1):2533.
57. Sensoa. Breng seksuele gezondheid ter sprake met 'Onder 4 Ogen.'
58. Sensoa. https://www.sensoa.be/praten-over-seksuele-gezondheid-de-artsenpraktijk-de-onder-4-ogen-methode. Praten over seksuele gezondheid in de artsenpraktijk - De Onder 4 Ogen methode.
59. Borms Ruth, Vermeire Katrien. Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode.
60. https://www.zanzu.be/nl/ [Internet]. Zanzu.
61. Sensoa. https://www.allesoverseks.be/. Allesoverseks.
62. Domus Medica. https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/lgbtqi-sensitief-handelen-de-huisartsenpraktijkLGBTQI+ sensitief handelen in de huisartsenpraktijk. LGBTQI+ sensitief handelen in de huisartsenpraktijk.
63. Karen Smets. SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES AANPAK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.
64. KCE. https://www.soa.kce.be/nl. Aanpak van SOA's door de eerste lijn.
65. Cavaria. https://kliqvzw.be/. Kliq.
66. Nederlands Huisartsen Genootschap. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/het-soa-consult#volledige-tekst-inleiding. Het SOA-consult.
67. Vos J, Pype P, Deblonde J, Van den Eynde S, Aelbrecht K, Deveugele M, et al. Collecting and registering sexual health information in the context of HIV risk in the electronic medical record of general practitioners: a qualitative exploration of the preference of general practitioners in urban communities in Flanders (Belgium). Prim Health Care Res Dev. 2016 Jul;17(4):333–50.
68. Bosse JD, Leblanc RG, Jackman K, Bjarnadottir RI. Benefits of Implementing and Improving Collection of Sexual Orientation and Gender Identity Data in Electronic Health Records. Comput Inform Nurs. 2018 Jun;36(6):267–74.
69. Dichter ME, Ogden SN. The Challenges Presented Around Collection of Patient Sexual Orientation and Gender Identity Information For Reduction of Health Disparities. Med Care. 2019 Dec;57(12):945–8.
70. Queen R, Courtney KL, Lau F, Davison K, Devor A, Antonio MG. What's Next for Modernizing Gender, Sex, and Sexual Orientation Terminology in Digital Health Systems? Viewpoint on Research and Implementation Priorities. J Med Internet Res. 2023 Jul 25;25:e46773.
71. NHS England Equality and Health Inequalities Unit. Sexual Orientation Monitoring: Full Specification [Internet]. Available from: https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/
72. Lau F, Antonio M, Davison K, Queen R, Devor A. A rapid review of gender, sex, and sexual orientation documentation in electronic health records. J Am Med Inform Assoc. 2020 Nov 1;27(11):1774–83.
73. Brosius Isabel. De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel.
74. Donnelly Laura. NHS asks patients to choose from 12 genders, 10 sexual preferences and 159 religions. https://www.telegraph.co.uk/news/2024/01/06/nhs-patients-asked-genders-sexual-preferences-religion/. 2024 Jan 6;
75. Frangella J, Otero C, Luna D. Strategies for Effectively Documenting Sexual Orientation and Gender Identity in Electronic Health Record. Stud Health Technol Inform. 2018;247:66–70.
76. https://nam.edu/ [Internet]. National Academy of Medicine.

77. https://health.gov/ [Internet]. Office of Disease Prevention and Health and Health Promotion.
78. https://www.consilium.europa.eu/nl/council-eu/what-is-the-council/#:~:text=Raad%20van%20de%20EU,-Bepaalt%20de%20algemene&text=Het%20is%20een%20internationale%20organisatie,en%20de%20rechtsstaat%20te%20beschermen [Internet]. De Europese Raad.

8. Verplichte Bijlagen

8.1. Goedgekeurde vragenlijst

Verduidelijking van de gebruikte terminologie bij het begin van het interview:

- Focus op seksuele oriëntatie: romantische of seksuele aantrekking t.a.v. andere personen
- Buiten beschouwing: geslacht, genderidentiteit en genderexpressie

1. Belang van communicatie tussen arts en patiënt:
    - Lijkt het u een meerwaarde om de seksuele oriëntatie van uw patiënten te kennen? Waarom wel/niet?
    - Zijn er volgens u verschillen in de gezondheidsnoden tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele patiënten?
    - Vindt u het de taak van de huisarts om de seksuele oriëntatie bij patiënten te bevragen?
    - Noteert u de seksuele oriëntatie van uw patiënten in het medisch dossier? Waarom wel/niet? Indien wel, op welke manier of op welke plaats?

2. Bekwaamheidsgevoel:
    - Vindt u van uzelf dat u voldoende bekwaam bent om het onderwerp seksuele oriëntatie met uw patiënten te bespreken?
    - Waarom vindt u het moeilijk of makkelijk dit onderwerp te bespreken?

3. Gebruik van hulpmiddelen:
    - Valt u terug op bepaalde communicatiestrategieën om dit onderwerp bespreekbaar te maken?
    - Heeft u bepaalde bijscholingen gevolgd rond dit thema?
    - Kwam u reeds in aanraking met het ‘Onder 4 Ogen Model’ van Sensoa? Weet u wat dit model inhoudt? Maakte u reeds gebruik van dit gespreksmodel? Specifiek om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken?

4. Verschil in zorgvragen:
    - Tijdens welke soort consultaties bevraagt u de seksuele oriëntatie?
    - Bevraagt u de seksuele oriëntatie tijdens een soa-consult?
    - Beveelt u het cervixuitstrijkje ook aan bij patiënten waarvan u weet dat ze een lesbische relatie hebben?
    - Beveelt u soa-screening en HPV-vaccinatie meer aan bij MSM?
    - Vraagt u expliciet naar seksuele oriëntatie bij depressieve klachten/psychotherapeutische gesprekken? Op welke manier?

5. Adviezen:
    - Zou u interesse hebben in een bijscholing of training rond dit thema?

8.2. Gunstig advies Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Alexis Dewaele
Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Silke Bogaert	16/03/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0049		B6702023000099

Betreft:
Hoe bekwaam voelen Vlaamse en Brusselse huisartsen zich om het onderwerp seksuele oriëntatie te bespreken met hun patiënten?
- Scriptie Silke Bogaert

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 21/02/2023.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 15/03/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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