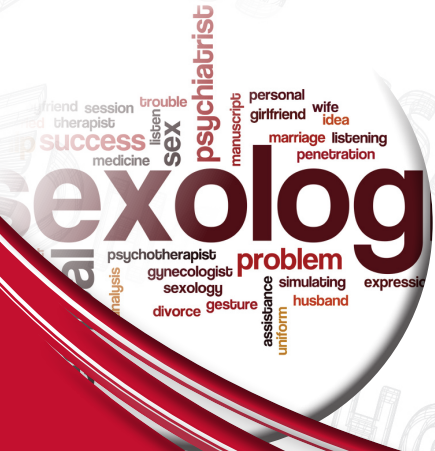
Hoge
Gezondheidsraad

KLINISCHE SEKSUOLOGIE

DECEMBER 2016
HGR NR 9333



.be

Hoge Gezondheidsraad

KLINISCHE SEKSUOLOGIE

DECEMBER 2016
HGR NR 9333

This report aims at providing recommendations on the definition of clinical sexology and the learning trajectory and profile of competences of clinical sexologists as health professionals.

.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad
Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Auteursrechten voorbehouden.
U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:
Hoge Gezondheidsraad. Klinische seksuologie Brussel: HGR; 2016. Advies nr. 9333.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: **www.hgr-css.be**

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

Hoge Gezondheidsraad

ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9333

Klinische seksuologie

This report aims at providing recommendations on the definition of clinical sexology and the learning trajectory and profile of competences of clinical sexologists as health professionals.

Versie gevalideerd op het College van
December 2016[1]

SAMENVATTING

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) verstrekt in dit advies een definitie, een beschrijving van de beroepsactiviteit en een competentieprofiel van de klinisch seksuoloog als een gezondheidszorgbeoefenaar in België.
De seksuele gezondheid wordt door de WGO gedefinieerd als "een met seksualiteit verbonden toestand van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn; het is niet enkel de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle mensen gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd worden" (Gijs et al, 2010). Deze definitie impliceert dat het werkveld van een klinisch seksuoloog breed is en behalve het werken rond en behandelen van seksuele disfuncties, (belevings)problemen en seksuele zorgen eveneens activiteiten omvat rond (psycho-)educatie en advies. De seksuologie is daarenboven nauw verbonden met de voortplanting en dus de reproductieve gezondheid.
De klinische seksuologie is geen specialisatie van een ander gezondheidsberoep, maar een autonoom gezondheidsberoep. De HGR definieert de klinische seksuologie als volgt : "De klinische seksuologie is een klinische discipline waarin theorieën, methoden en technieken uit de biomedische en psychosociale wetenschappen worden ontwikkeld en autonoom worden toegepast door een daartoe specifiek opgeleide gezondheidszorgprofessional, met als doel de seksuele gezondheid van alle gezonde of zieke personen, koppels, gezinnen, groepen of gemeenschappen te verbeteren. Het doel van de klinische seksuologie is enerzijds het promoten, beschermen, bevorderen en optimaliseren van de seksuele gezondheid, het bevorderen van educatie, preventie en raadgeving rond seksuele gezondheid en anderzijds het luisteren naar en inschatten van een seksuele klacht, het opstellen van een diagnostisch bilan, het behandelen of heroriënteren van klachten of symptomen (c.q. seksuele disfuncties, problemen, zorgen, vragen, of symptomen in verband met seksualiteit die een significant lijden veroorzaken)via een holistische en – voor zover mogelijk een op evidentie gebaseerde - multidisciplinaire aanpak die rekening houdt met de context van de persoon, daar waar nodig in samenwerking met andere beroepsbeoefenaars, en met inachtneming van het daarbij horend juridisch, deontologisch en ethisch kader".

[1] De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

Om het competentieniveau te bereiken dat vereist is voor een autonome uitoefening van de klinische seksuologie, beveelt de HGR een opleidingstraject aan dat uit drie fases bestaat:

- een universitaire opleiding, inclusief een praktische stage (hetzij een master in de seksuologie of voor wie reeds een master in een gezondheidszorgberoep behaalde een universitaire permanente vorming);
- een periode van gesuperviseerde praktijk van maximum 3 jaar, waarna de titel van klinisch seksuoloog kan worden toegekend;
- een permanente vorming, met inbegrip van vormingen en intervisies, met accreditaties toegekend per periode van 3 jaar, om de titel van klinisch seksuoloog te kunnen behouden.

Een groot onderdeel van de opleiding tot klinisch seksuoloog moet dus aan de praktijk gewijd worden. De opleiding moet multidisciplinair zijn en toelaten om de competenties te verwerven die in het profiel van de HGR worden beschreven. Volgens dat profiel moet een klinisch seksuoloog enerzijds bio-psychosociale kennis hebben over seksualiteit, seksuele en reproductieve gezondheid en anderzijds attitudes en competenties bezitten betreffende gezondheidsbevordering, klinische gespreksvoering, evaluatie en interventie, alsook m.b.t. samenwerking met andere professionelen. Tot slot zou een klinisch seksuoloog zich als autonoom gezondheidsprofessional moeten kunnen bekwamen in de psychotherapie en deze moeten kunnen uitoefenen. De HGR beveelt overigens aan om een controlestructuur op te richten, met het oog op het uitwerken en doen naleven van een deontologische code, en om de vraag tot terugbetaling van raadplegingen bij een klinisch seksuoloog te onderzoeken.

Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms[2]

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Sexology, Clinical	Clinicalsexology	Klinische seksuologie	Sexologie clinique	Klinische Sexualwissenschaft
	Definition	Definitie	Définition	Definition
Professional Competence	Competency	Competentie	Compétence	Kompetenz
Education	Education	Opleiding	Formation	Ausbildung

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

[2] De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING 4
2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE 4
2.1 Methodologie 4
2.2 Uitwerking 5
2.2.1 Epidemiologie 5
2.2.1.1 Categorieën van seksuelestoornissen 5
2.2.1.2 Epidemiologie 6
2.2.1.3 Zorgvraag 9
2.2.2 Evolutie van de discipline in de Europese en Angelsaksische landen 9
2.2.2.1 Evolutie van het beroep seksuoloog 9
2.2.2.1 Het beroep van seksuoloog in Europa 10
2.2.2.1 Het beroep van seksuoloog in Quebec 13
2.2.2.2 Het beroep van seksuoloog in de Verenigde Staten 13
2.2.3 Situatie in België 14
2.2.3.1 Organisatie van het beroep 14
2.2.3.1 Opleiding 15
2.2.4 Definitie van de functie van klinisch seksuoloog 17
2.2.5 Competentieprofiel van de seksuoloog 20
2.2.5.1 Opleidingstraject 20
2.2.5.2 Competentieprofiel 23
2.2.5.2.1 Voorbeelden van competentieprofielen 23
2.2.5.2.2 Competentieprofiel voor de klinisch seksuoloog in België 25
3. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN 28
4. REFERENTIES 29
5. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP 30
6. BIJLAGE 32

Lijst van afkortingen

DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
ECTS	*European Credit Transfer and Accumulation System*
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HGR	Hoge Gezondheidsraad
ICD	*International Classification of Diseases*
ICPC	*International Classification for Primary Care*
NVVS	Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie
OPSQ	*Ordre professionnel des sexologues du Québec*
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SRG	Seksuele en Reproductieve Gezondheid
SSS	*Société Suisse de Sexologie*
SSUB	*Société des Sexologues Universitaires de Belgique*
VVS	Vlaamse Vereniging voor Seksuologie

WGO Wereldgezondheidsorganisatie
WUG Wetgeving betreffende de Uitoefening van Gezondheidszorgberoepen

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Klinische seksuologie is een nog niet gereglementeerd zorgberoep. In het kader van de herziening van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), rees de vraag of het legitiem is om dit beroep of deze discipline in de wetgeving betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen (WUG) op te nemen. In het verlengde van de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) van 2005 over psychotherapie en van 2015 over klinische psychologie, verzoekt de minister van Volksgezondheid het advies van de HGR over dit beroep.
De minister wenst meer bepaald een advies over de volgende vragen :

- De epidemiologie van seksuele functiestoornissen, de behoefte aan en de zorgvragen inzake deze disfuncties.
- Het actueel zorgaanbod in medische en niet-medische *settings*.
- De evolutie van deze discipline in Europese en Angelsaksische landen.
- De voorwaarden inzake vooropleiding om binnen de WUG verstrekkingen te verlenen in deze discipline.
- De vraag of het gaat om een behandelingsmodaliteit, een bijzonder beroep binnen de geestelijke gezondheidszorg, dan wel een specialisme binnen GGZ-beroepen of andere beroepen of titels zoals beschreven in de WUG.
- De eindtermen van de basisopleiding (theoretische en basisstage) en de professionele stage (na de opleiding).
- De te verwerven klinische competenties, met inbegrip van de interculturele dimensies ervan.
- De relatie met andere beroepen binnen de WUG, zowel de GGZ-beroepen zoals omschreven in voornoemde wet op de GGZ-beroepen als ten overstaan van de autonome medische beroepen zoals de arts (uroloog, gynaecoloog, psychiater, genderspecialist) en de vroedkundige.
- Gebeurlijk, de kwaliteits-en veiligheidsvoorwaarden waaraan de klinische zorgpraktijk minimaal moet voldoen en dit al dan niet in een interdisciplinair kader.
- Het deontologisch kader – inzonderheid om in geval van een eventuele erkenning binnen de WUG, dit kader binnen de psychologencommissie te ontwikkelen.

2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

2.1 Methodologie

Na een analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: gespecialiseerde opvoeding, gynaecologie, infectiologie, huisartsgeneeskunde, psychiatrie, pedagogiek, seksuologie, sociologie, urologie, verpleegkunde, volksgezondheid. Een bijzondere aandacht werd ook besteed aan een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende universiteiten. De experten van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc* verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke *peer-reviewed* tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn, alsook op het oordeel en de ervaring van de experten.
De werkgroep heeft eveneens de beroepsverenigingen voor seksuologie (Société des Sexologues Universitaires de Belgique (SSUB) en Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS)) én de verantwoordelijken van de verschillende universitaire opleidingen rond seksuologie die in

België worden georganiseerd, uitgenodigd om zich te komen voorstellen. Daarnaast werden een aantal patiëntenverenigingen schriftelijk geraadpleegd.
Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

2.2 Uitwerking

2.2.1 Epidemiologie

2.2.1.1 Categorieën van seksuelestoornissen

Het werkveld van de klinische seksuologie is breed. Het meest gekend zijn de **seksuele disfuncties** die beschreven zijn in internationale classificatiesystemen (m.n. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de *International Classification for Primary Care* (ICPC) en de *International Classification of Diseases* (ICD-10). Echter, los van de problemen die mensen op het vlak van seksueel functioneren kunnen ervaren, wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen **seksuele belevingsproblemen** (Bender, 2003) en **seksuele zorgen** (Levine, 2010). Hieronder worden deze verschillende categorieën verder toegelicht.

Seksuele disfuncties
In de DSM-IV-TR (APA, 1997) werden onder de titel 'Seksuele en genderidentiteitsstoornissen' drie hoofdstukken beschreven, m.n. seksuele disfuncties, parafilieën en genderidentiteitsstoornissen. Hoewel in de DSM-5 deze verschillende hoofstukken als aparte hoofdstukken worden beschreven, zijn het vaak toch stoornissen waarmee klinisch seksuologen in verschillende werkcontexten worden geconfronteerd. In de DSM-5 (APA, 2013) wordt voor wat betreft de seksuele disfuncties o.b.v. specifieke diagnostische criteria een onderscheid gemaakt tussen:

Problemen met	Mannen	Vrouwen
Seksueel verlangen	Mannelijke hypoactieve seksueel verlangenstoornis	Vrouwelijke seksuele interesse- en opwindingsstoornis
Seksuele opwinding	Erectiele disfunctie	
Orgasme	- Premature (vroege) ejaculatie - Uitgestelde ejaculatie	Vrouwelijke orgasmestoornis
Pijn bij het vrijen		Genito-pelvische pijn/penetratie stoornis
Andere specifieke seksuele stoornissen	- Seksuele disfuncties door medicatie of druggebruik - Seksuele aversie stoornis	- Seksuele disfuncties door medicatie of druggebruik - Seksuele aversie stoornis
Andere niet-specifieke seksuele stoornissen		

Parafilieën
In de DSM-5 (APA, 2013) worden de parafilieën als een aparte groep van psychiatrische stoornissen geclassificeerd waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen 'parafilieën' en de 'parafiele stoornissen' met als hoofdkenmerk een atypische erotische focus. De norm die wordt gehanteerd om de seksuele variatie te beoordelen is niet meer de (heteroseksuele) coitus maar wel wederzijdse instemming, functionele beperkingen en ervaren lijden (Gijs, 2013). De specifieke diagnostische criteria voor de voyeuristische stoornis, exhibitionistische stoornis, frotteuristische stoornis, fetisjistische stoornis, pedofiele stoornis, seksueel masochistische stoornis, seksueel sadistische stoornis, transvestische stoornis, andere gespecificeerde parafiele stoornis en ongespecificeerde parafiele stoornis kan men vinden in de DSM-5 (APA, 2013).

Genderdysforie
In de DSM-5 (APA, 2013) wordt genderdysforie eveneens als een aparte groep van psychiatrische stoornissen geclassificeerd. Daarmee wordt genderdysforie terecht niet meer als een seksuele problematiek gezien. [Dat neemt niet weg dat specifiek opgeleide klinisch seksuologen een bijdrage kunnen leveren aan de multidisciplinaire behandeling van mensen met genderdysforie die preferentieel in een gespecialiseerd centrum voor genderproblemen gebeurt.]

Er is de intentie om de diagnostische categorieën in de volgende ICD-11 in overeenstemming te brengen met de diagnoses van de DSM-5.De Finse duodecim-richtlijnen worden vertaald en geactualiseerd naar de Belgische situatie om net als de ICPC te kunnen gebruiken in de eerste lijn.

Seksuele belevingsproblemen
Zoals eerder aangegeven kan niet alleen het seksueel functioneren van mensen worden gehinderd, maar kunnen mensen op verschillende manieren – zelfs met een intacte seksuele functie – problemen ervaren in en/of met hun beleving van seksualiteit.
Een groep die veel kans maakt om hiermee te worden geconfronteerd zijn mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking waarvan reeds lang is aangetoond dat deze een impact hebben op seksualiteit (Verschuren et al., 2010). Bender (2003) maakt op basis van zijn werk in de revalidatieseksuologie hierbij een onderscheid tussen:

- *Seksuele belevingsproblemen* waarbij de beleving van seksualiteit is veranderd (bijv. door een dwarslaesie of sensibiliteitsproblemen);
- *Seksuele relatieproblemen* waarbij een (chronische) aandoening of relationele stress de seksuele relatie sterk verstoort (bijv. seksualiteit vermijden uit angst voor recidive van een hartfalen);
- *Seksuele aanpassingsproblemen* waarbij een persoon of koppel er niet in slaagt om na een ruime periode van verwerking van een specifiek “life-event” een nieuw seksueel evenwicht te vinden (bijv. seksualiteit heropnemen na een mastectomie);
- *Praktische seksuele problemen* waarbij mensen er niet in slagen om op een nuchtere manier een oplossing te vinden voor een aantal praktische problemen (bijv. seksualiteit plannen i.f.v. nevenwerking van medicatie);
- *Seksuele integratieproblemen*komen vooral voor bij mensen die tijdens of vóór de puberteit chronisch ziek of lichamelijk beperkt zijn geworden (bijv. door overbescherming van de ouders niet kunnen experimenteren met seksualiteit en relaties).

Een andere groep met vragen rond identiteit en beleving van seksualiteit zijn mensen met een *niet-heteroseksuele oriëntatie* die soms vragen hebben rond hun oriëntatie en al dan niet ten gevolge van minderheidsstress hulp zoeken, ofwel mensen na een genderconfirmerende behandeling.
Er zijn ook de slachtoffers en daders van *seksueel geweld* die soms hulp zoeken rond de vastgelopen beleving van seksualiteit (bijv. na seksueel misbruik of verkrachting). Er is ook meer en meer aandacht voor hulpverlening aan de daders van seksueel geweld om recidive te voorkomen.

Seksuele zorgen
Levine (2010) benoemt als derde grote categorie de seksuele zorgen. Seksuele zorgen verwijzen naar het feit dat mensen zich zorgen maken of onzeker zijn over aspecten van o.a. hun lichaamsbeeld (bijv. te mager, te dik), seksueel functioneren (bijv. niet snel genoeg orgasme) of seksualiteitsbeleving (bijv. te lage frequentie). Centraal in die zorgen is vaak het gevoel of de gedachte niet te (kunnen) voldoen aan bepaalde normen of beelden over normaliteit die – al of niet gevoed door de media – als mythes het discours over seksualiteit bepalen.

2.2.1.2 Epidemiologie

De epidemiologie van seksuele problemen wordt reeds lang bestudeerd. Voor een goed overzicht van het voorkomen van seksuele problemen kan in die zin gemakkelijk worden verwezen naar grote reviewstudies (o.a. Spector & Carey, 1990; Simons & Carey, 2001). In die reviews wordt

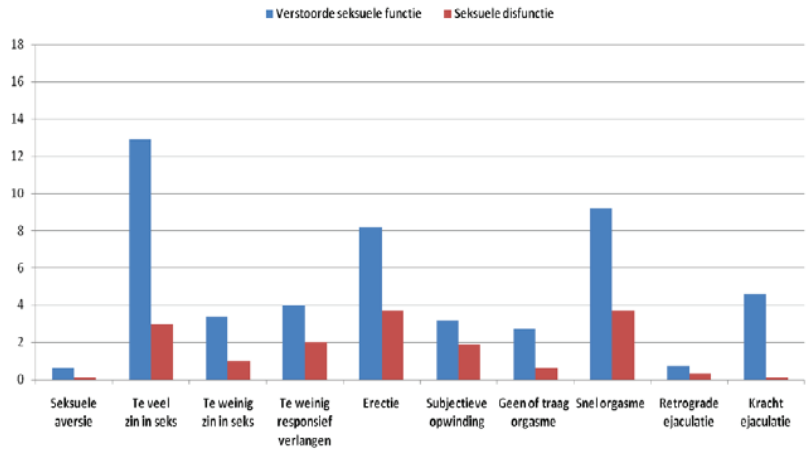
duidelijk dat de prevalentie van seksuele disfuncties in studies erg verschilt omdat deze sterk afhankelijk is van o.a. de steekproef (bijv. *convenience sampling*, populatiestudie, klinisch populatie), gebruikte methodologie (bijv. vragenlijst, interview, categoriale of dimensionele methoden), definitie (bijv. criteria van DSM) en periode van bevraging (laatste maand, laatste jaar, levensloop). Bovendien komen veel van de beschikbare cijfers uit de VS of andere Europese landen wat niet altijd toelaat om de cijfers zonder meer te transponeren naar België of Vlaanderen. In een vaak geciteerde studie vond Lauman et al. (1994) dat 43% van de vrouwen en 31% van de mannen een seksuele disfunctie rapporteren. Deze cijfers tonen aan dat seksuele disfuncties een prevalent gezondheidsprobleem zijn.

Maar er gaan ook meer en meer stemmen op dat deze cijfers ook een overschatting zijn van het voorkomen van seksuele problemen – of althans toch seksuele problemen waarvoor mensen hulp willen zoeken. Immers, er wordt in het meeste prevalentieonderzoek geen rekening gehouden met het '*distress*'- of last-criterium dat in de DSM-classificatie als een belangrijk diagnostisch criterium wordt beschouwd (Hendrickx, 2013). Dus een *seksuele disfunctie* impliceert dat het seksueel functioneren is verhinderd én dat men daar last van heeft. Dat betekent dat bij seksuele problemen het belevingsaspect centraal staat: namelijk wanneer beide partners bijvoorbeeld geen zin hebben in seks en zij daar individueel en als koppel geen last van rapporteren, zal men geen seksuele disfunctie diagnosticeren.

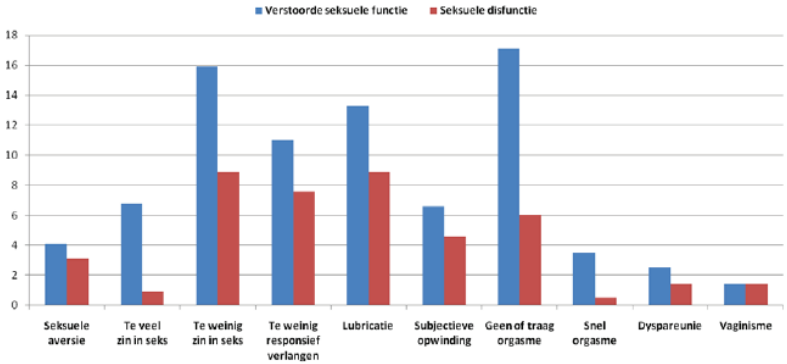
Prevalentiecijfers voor Vlaanderen

In 2013 verschenen de resultaten van een grootschalig bevolkingsonderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen, waarin uitgebreid werd gepeild naar kenmerken van seksuele gezondheid en hun biomedische, psychologische, demografische en socioculturele correlaten, m.n. de zogenaamde 'Sexpert-studie'. Respondenten tussen 14 en 80 jaar werden tussen februari 2011 en januari 2012 bevraagd via een aselecte steekproef *random* getrokken uit het Belgische Rijksregister. Na de verzameling van de data werden de data gewogen volgens geslacht, leeftijd en opleidingsniveau om ze representatief te maken voor de Vlaamse bevolking. In de Sexpert-studie werden zowel seksuele functiestoornissen als seksuele disfuncties bevraagd, een onderscheid dat niet steeds werd gemaakt in andere, buitenlandse bevolkingsstudies. Ook binnen deze studie werd een *seksuele functiestoornis* gedefinieerd als 'een verstoring van het seksuele functioneren in één of meerdere fasen van de seksuele responscyclus'. Om te spreken van een *seksuele disfunctie*, moet het individu hier tevens last van ondervinden. Dit 'last'-criterium is vervuld wanneer er minstens sprake is van een persoonlijke last-ervaring. Uiteraard kan er ook last ervaren worden door de partner, alsook binnen de partnerrelatie. Wanneer er bij minstens twee van de drie last-vragen (persoon, partner en relatie) een duidelijke last wordt ervaren, wordt een seksuele disfunctie gescoord. Gezien de timing van de studie (2010-2013) kon Sexpert jammer genoeg nog geen gebruik maken van de intussen wel beschikbare diagnostische criteria van DSM-5.Op basis van bovenstaande criteria werden er in de Sexpert-studie verschillende prevalentiecijfers gevonden.

Onderstaande figuren tonen dat de seksuele functie van de Vlaamse mannen en vrouwen relatief vaak is verstoord: 35% van alle seksueel actieve mannen en 43% van alle seksueel actieve vrouwen meldden minstens één seksuele functiestoornis. Zoals hieronder zichtbaar (zie grafieken) dalen de prevalentiecijfers sterk wanneer tevens het 'last'-criterium wordt meegenomen (rode balken). Dus rekening houdend met het lastcriterium werd in de Sexpert-studie gevonden dat 12% van alle seksueel actieve mannen en 22% van alle seksueel actieve vrouwen één of meerdere seksuele disfuncties rapporteerden. Dit toont nogmaals aan dat niet alle personen die een verstoorde seksuele functie ervaren hier ook last van hebben. Niettemin blijven deze cijfers hoog met 1/10 mannen en 1/5 vrouwen die een seksuele disfunctie rapporteren.



Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij seksueel actieve mannen (Hendrickx & Enzlin, 2013)



Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij seksueel actieve vrouwen (Hendrickx & Enzlin, 2013)

De meest voorkomende seksuele functiestoornissen bij vrouwen blijken: geen of een traag orgasme (17%), te weinig 'spontane' zin in seks (16%) en een gebrekkige vaginale lubricatie (13%). Bij mannen zijn de meest prevalente functiestoornissen een teveel aan zin (13%), premature ejaculatie (9%) en erectiestoornissen (8%).

De prevalentiegegevens in deze studie zijn vergelijkbaar met de cijfers die we terugvinden in de internationale literatuur en meer bepaald met die uit de *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.* Deze studie peilde naar de seksuele activiteit én prevalentie van seksuele disfuncties bij personen tussen 40 en 80 jaar (in Europa en VS) die hulp zoeken voor seksuele moeilijkheden (Nicolosi et al., 2006; Laumann et al., 2005; Laumann et al., 2009). Hoewel er geen specifieke studie over de prevalentie van deze stoornissen in Wallonië en Brussel bestaat, kan men ervan uitgaan dat de gegevens vergelijkbaar zijn. Er moet echter opgemerkt worden dat bepaalde bevolkingsgroepen, die moeilijk te bereiken zijn, niet in deze studies konden worden opgenomen

en dat de situatie van deze kwetsbare bevolkingsgroepen (die bovendien in grotere getale aanwezig zijn in het Brussels Hoofdstedelijk gewest) dus niet wordt weergegeven.

2.2.1.3 Zorgvraag

Op basis van bovenstaande prevalenties, zouden we verwachten dat een groot deel van deze mannen en vrouwen, zeker in het geval van seksuele disfuncties, reeds hulpverlening hebben gezocht. In de Sexpert-studie werd aan de groep met minstens één verstoorde seksuele functie of seksuele disfunctie gevraagd of men ooit contact had gehad met een professionele hulpverlener (arts, seksuoloog, psycholoog, enz). Veruit de meerderheid (90% van de mannen en 84% van de vrouwen) met een *seksuele functiestoornis* gaf aan dit nog nooit te hebben gedaan; net als individuen met een *seksuele disfunctie* (88% van de mannen en 81% van de vrouwen) (Hendrickx & Enzlin, 2013).
Waarom mensen niet de stap naar de hulpverlening zetten, is niet bevraagd en minder duidelijk. Mogelijks weet men niet bij wie men terecht kan, denken ze dat hun klacht normaal is of speelt een schaamtegevoel bij het niet zoeken naar hulp een rol. Waarschijnlijk contacteert men slechts hulpverlening wanneer de seksuele disfunctie al wat langer aansleept en/of steeds meer last (voor henzelf, de partner of de relatie) veroorzaakt.

2.2.2 Evolutie van de discipline in de Europese en Angelsaksische landen

2.2.2.1 Evolutie van het beroep seksuoloog

Seksuologie is een discipline die in Europa voor het eerst verschijnt in het begin van de 20ste eeuw onder invloed van auteurs zoals Von Krafft, Ebing, Bloch, Hirschfeld, Moll en Eulenburg die de seksualiteit op een wetenschappelijke manier begonnen te bestuderen (Gijs, 2010). Het is echter pas na de tweede wereldoorlog dat er grote wetenschappelijke, empirische studies over seksualiteit werden opgezet. De eerste specifieke voorbeelden hiervan zijn de studies van Kinsey (1947; 1953) die ons informeerden over het seksueel gedrag van mensen en hoe dat gedrag afweek van de toen geldende norm van "heteroseksuele seks binnen het huwelijk en gericht op de voortplanting". Vervolgens waren het Masters en Johnson (1966; 1970) die op basis van een grote studie de seksuele fysiologie onderzochten en de seksuele responscyclus beschreven (1966). Op grond van hun onderzoek beschreven ze vervolgens hun visie op de behandeling van seksuele disfuncties en legden ze de basis voor sekstherapie (1970). Het concept sekstherapie begint van dan af aan vorm te krijgen. Daarnaast verbreedde de seksuologie als wetenschap en begon men naast de medische dimensie ook de psychologische (Beach, 1948; Money, 1955; Bancroft, 1989) en sociologische aspecten (Gagnon & Simon, 1973; Tiefer,1995) van de seksualiteit in acht te nemen. Vanaf de jaren ’70 vestigde ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) haar aandacht op seksualiteit en in 1974 definieerde deze de seksuele gezondheid als "een met seksualiteit verbonden toestand van lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn". Tevens werd een document gepubliceerd over het onderwijs van seksuologie en de behandeling van seksuele moeilijkheden met als doel de opleiding van gezondheidswerkers in dit domein te bestuderen. (WHO, 1975). Meer recent werd deze conceptdefinitie uitgebreid en als volgt beschreven: “Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn; het is niet enkel de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle mensen gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd worden” (WHO, 2006). Deze definitie is een werkdefinitie en werd nog niet formeel geratificeerd.
Sinds de jaren ‘80 - en vooral sinds de aidsepidemie en het op de markt komen van de fosfodiësterase-5 remmers op het einde van de 20ste eeuw – is er een sterke tendens tot medicalisering van de discipline. Als een gevolg daarvan ontstond de *sexual medicine*-beweging en werd het bestaande evenwicht tussen artsen en seksuologen zonder een medische achtergrond grondig herschikt. De "seksuele geneeskunde" plooit zich steeds meer terug op farmacologisch

onderzoek en medische behandeltrajecten, terwijl vanuit klinisch oogpunt de louter organische etiologieën slechts een minderheid van de stoornissen vormen (Porto, 2016).

Deze medische visie staat haaks op de bio-psychosociale visie, die door de *Unesco Chair Sexual Health and Human Rights* wordt gedeeld, waarbij het belang van multidisciplinariteit en gezondheidsbevordering - wat minder aanwezig is in de medische benadering -wordt onderstreept. In de bio-psychosociale visie is het concept Seksuele en Reproductieve Gezondheid (SRG) niet beperkt tot de afwezigheid van gezondheidsproblemen, maar wordt er gerefereerd aan een positieve benadering van de seksuele gezondheid. Seksuele gezondheid wordt beschouwd als een aan seksualiteit verbonden continu proces van lichamelijk, mentaal en sociocultureel welzijn dat door de mensenrechten, die aan seksualiteit zijn gerelateerd, wordt ondersteund. Nieuwe evidentie suggereert bovendien dat de programma's die in hun strategie seksuele gezondheid, c.q. een positieve benadering van seksualiteit, centraal plaatsen, doeltreffender zouden zijn dan programma's die blijven vasthouden aan een ziektegerichte benadering. De strategieën waarbinnen de seksuele gezondheid centraal wordt geplaatst, leveren niet alleen betere resultaten op het gebied van de seksuele gezondheid, maar ook wat betreft de reproductieve gezondheid en andere algemene gezondheidseffecten. De WGO Europa en een resolutie van de Parlementaire vergadering van de Raad van Europa van 2004 beveelt de lidstaten aan om een nationale strategie rond seksuele en reproductieve gezondheid te ontplooien.

Op dit ogenblik wordt de seksuologie gedefinieerd als de ‘wetenschappelijke studie van de menselijke seksualiteit in haar variaties en expressievormen daarbij rekening houdend met verschillende dimensies’ (etymologisch betekent de term: wetenschap (logos; afgeleide: -logie) over de sekse (sexus)). De studie is op internationaal niveau uitgegroeid tot een autonome wetenschappelijke discipline die geleid heeft tot het ontstaan van specifieke internationale wetenschappelijke beroepsorganisaties(bijvoorbeeld: *International Academy of Sex Research (IASR), Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS), World Association for Sexual Health (WAS), Sexuality Information and Education Council of the United States(SIECUS), International Society for Sexual Medicine (ISSM), World Professional Association for Transgender Health(WPATH)*). Deze organisaties werden de afgelopen jaren steeds actiever en brengen elk hun *peer-reviewed* wetenschappelijk tijdschrift uit (o.a. *Archives of Sexual Behavior Journal of Sex Research, The Journal for Sexual Medicine, The Journal for Seks and Marital Therapy, International Journal of Transgenderism, Sexand Relationship Therapy*, Tijdschrift voor Seksuologie).
Vandaag twijfelt niemand meer aan het belang van een bio-psychosociale benadering in de studie van de seksualiteit en in de klinische praktijk voor mensen met een seksuele disfunctie, een seksueel probleem of seksuele zorg.

2.2.2.1 Het beroep van seksuoloog in Europa

Het opzet van een peiling van het INSERM in 2006 ("Het beroep van seksuoloog in Europa: diversiteiten en gemeenschappelijke perspectieven"; Giami & de Colomby, 2006) was het beschrijven van de seksuologen als beroepsgroep en hoe zij hun beroep uitoefenen in zeven Europese landen (Denemarken, Finland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Verenigd-Koninkrijk, Zweden). Uit deze peiling blijkt dat het aantal seksuologen dat in een land actief is, sterk varieert en dat het merendeel van de seksuologen gezondheidswerkers zijn. Toch is, behalve in Frankrijk, de meerderheid van de seksuologen die in Europa werken geen arts. Het zijn voornamelijk verpleegkundigen, vroedvrouwen, relatieconsulenten en psychologen.
De seksuologie is voor de meeste seksuologen bijna nooit de eerste beroepskeuze ; de grote meerderheid heeft zich na een andere vooropleiding bijgeschoold. Niettemin heeft meer dan 70% een opleiding seksuologie of een opleiding over de menselijke seksualiteit gevolgd. De meeste respondenten gaven aan dat de uitoefening van de seksuologie slechts een klein onderdeel van de beroepsactiviteit vertegenwoordigt én dat het voornamelijk opgenomen is binnen de uitoefening van hun initieel beroep. Tot slot blijkt uit deze studie dat in de bestudeerde landen het gebruik van de titel "seksuoloog" nog niet (goed) gereglementeerd is. Hoewel er vanuit het vakgebied van de

seksuologie een stijgende vraag naar is, stelt men vast dat er in de meeste Europese landen geen universitaire titel bestaat ter erkenning van dit specialisme (Simonelli et al., 2006). De plaats van de seksuoloog blijft dus vaak nog omstreden, ook al zijn er recent in meerdere landen procedures ongevoerd voor de habilitatie, validatie van de vorming en voor de toelating tot de praktijkuitoefening van de seksuologie (zie bijv. Frankrijk, Nederland en de Noordse landen). Beroepsorganisaties stellen meestal een definitie van het beroep op waarbij aanbevelingen en regels gegeven worden betreffende de beroepspraktijk van de leden van de vereniging (bijv. Nederlandse Vereniging voor Seksuologie). Overigens, hoewel er in bepaalde landen (zoals Canada, VS, Australië en ook België) er een (academische) opleiding tot seksuoloog bestaat, zijn de meeste opleidingen in Europa aanvullende opleidingen die aan al gevormde beroepsbeoefenaars worden aangeboden.

De definities opgesteld door de wetgever en/of beroepsorganisaties in verschillende Europese landen en Canada worden hieronder besproken en in acht genomen om uiteindelijk tot een definitie te komen van een "klinisch seksuoloog" in België.

Zwitserland

In Zwitserland is het beroep van seksuoloog niet gereglementeerd. Toch is het mogelijk om de titel van specialist in de seksuologie te verkrijgen bij de *Swiss Society of Sexology* (SSS), opgericht in 2008. Hiertoe moeten meerdere voorwaarden zijn vervuld :

- regelmatige klinische praktijkvoering in de seksuologie;
- universitaire titel in een zorg- of medische discipline;
- voor niet-psychotherapeuten: 1) kunnen aantonen van een theoretische en klinische basisopleiding in de seksuologie (A), die overeenstemt met 400 uur theoretisch-klinische invulling; 2) kunnen aantonen van een officiële supervisie SSS (C) van minstens 10 uur klinische supervisies en 3 afgewerkte casussen;
- voor psychotherapeuten: 1) een opleiding in erkende psychotherapie hebben gevolgd; 2) die overeenstemt met minstens 120 uur theoretisch-klinische invulling; 3) kunnen aantonen van een grondige opleiding in de klinische seksuologie (B), die overeenstemt met 260 uur theoretisch-klinische invulling; 4) een officieel bewijs van SSS supervisies kunnen voorleggen (C) van minstens 30 uur klinische supervisies en 3 afgewerkte casussen.

Het certificaat van voortgezette opleiding in de klinische seksuologie (*Certificate of Advanced Studies in Clinical Sexology*), uitgereikt door de universiteit van Genève, wordt door de Zwitserse Vereniging voor Seksuologie (*Société Suisse de Sexologie*) erkend als een van de twee universitaire opleidingen. Deze opleiding van 24 dagen verspreid over 2 jaar (25 ECTS) is toegankelijk voor licentiaten, universitaire bachelors of masters (of een gespecialiseerde hoge school) met 2 jaar professionele ervaring in de gezondheids- of sociale zorg. De opleiding richt zich vooral naar artsen, psychologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, sociale werkers, relatieconsulenten, professionals die in hun praktijkvoering regelmatig met deze thematiek worden geconfronteerd. Ze omvat 7 opleidingsmodules: seksuele gezondheid; functies en seksuele disfuncties; medische seksuologie; seksuele therapie, behandelmodellen in de klinische seksuologie; seksuologie en legale en sociale controle, behandeling van slachtoffers en daders van seksuele misdrijven; samenlevingsvormen; talen van de liefde.

Frankrijk

In Frankrijk bestaat er geen staatsdiploma of een specifieke opleiding om seksuoloog te worden. Om seksuoloog te worden moet men over een diploma van psycholoog of arts beschikken en vervolgens een aanvullende opleiding volgen.

In Frankrijk worden sinds 1996 opleidingen in sekstherapie en seksuologie voor artsen, gezondheidswerkers en andere therapeuten volgens een nationaal programma georganiseerd. Het

interuniversitair diploma werd snel erkend door het beroepsveld. Er zijn drie soorten academische opleidingen die als doel hebben theoretische en klinische kennis over te brengen om seksuele moeilijkheden te kunnen beoordelen, diagnosticeren en behandelen:

- De driejarige opleiding die leidt tot het interuniversitair diploma seksuologie (*Diplôme Inter Universitaire de Sexologie*) richt zich tot dokters in de huisartsgeneeskunde, artsen in het tweede jaar DES en stagiairs in de huisartsgeneeskunde. Dit diploma is het enige dat het voor artsen mogelijk maakt om door de *Conseil de l'Ordre des Médecins* als seksuoloog te worden erkend;
- De driejarige opleiding die leidt tot het interuniversitair diploma menselijke seksualiteit (*Inter Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine*) richt zich naar houders van een master in de psychologie, vroedvrouwen, verpleegkundigen, staatsgediplomeerden, staatsgediplomeerde kinesitherapeuten, psychomotorische therapeuten, apothekers.

Het programma van deze twee diploma's omvat een gemeenschappelijk deel van 3 jaar. Het derde jaar heeft een specifieke oriëntering die overeenstemt met de 3 doelstellingen gedefinieerd door de WGO: Seksuele voorlichting, Seksuele raadgeving, Seksuele therapie.

- De tweejarige opleiding Seksuele Raadgeving en Voorlichting (*diplôme Universitaire Conseil et Education Sexuelle*) richt zich naar opvoeders, relatieconsulenten, onderwijzers. Deze opleiding bestemd voor gezondheidswerkers, die geen arts zijn, heeft als doel theoretische en klinische kennis te onderwijzen die het mogelijk maken om seksuele moeilijkheden te benaderen.

Nederland

Ook in Nederland is de seksuologie geen discipline die wettelijk geregeld is door de wet op de gezondheidszorgberoepen (BIG-wet). De Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie (NVVS), opgericht in 1981 om de kwaliteit van de seksuologie en de interdisciplinariteit te garanderen, houdt niettemin een register bij van "NVVS-seksuologen" die aan een bepaald aantal eisen betreffende opleiding en ervaring voldoen. De NVVS telt 630 leden die werkzaam zijn in verschillende disciplines: psychologie, geneeskunde, maatschappelijk werk, pedagogiek, fysiotherapie.

De volgende opleidingen binnen Nederland zijn geaccrediteerd door de NVVS:
- Opleiding Seksuoloog http://www.rino.nl/big-opleidingen/seksuoloogDe opleiding Master in de seksuologie (KU Leuven).BIG-geregistreerde psychotherapeuten, psychiaters, artsen, klinisch psychologen en GZ-psychologen die deze opleiding met goed gevolg afronden, kunnen NVVS-seksuoloog worden mits ze verder voldoen aan de andere voorwaarden.
- Postmaster opleiding seksuologie: www.rinogroep.nl/SP15A
- Opleiding consulent seksuele gezondheid NVVS: www.rinogroep.nl/SK16A. Deze opleiding is voor professionals die op minimaal hbo-niveau werken in het seksuologisch veld. Deze opleiding leidt op tot de functie van consulent seksuele gezondheid NVVS.
- Post-hbo opleiding seksuologie: www.rinogroep.nl/SH16A. De opleiding is een theoretische en praktische inleiding in de seksuologische hulpverlening.
- Sense-opleiding aanvullende seksuologische hulpverlening : www.rinogroep.nl/M1557. Speciaal ontwikkeld voor GGD-verpleegkundigen en –artsen, is deze opleiding gericht op het bespreekbaar maken van seksualiteit bij jongeren, het bespreken van de meest voorkomende problemen en vragen met betrekking tot seksualiteit in brede zin, inclusief anticonceptie e.d., en het benoemen van seksuele hulpverleningsmogelijkheden.

Daarnaast organiseert de NVVS ook geaccrediteerde nascholingen voor seksuologen, die NVVS-seksuologen in staat moeten stellen om hun titel te blijven behouden.

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk bieden meerdere organisaties een opleiding in de seksuologie of seksuele geneeskunde aan (bijvoorbeeld: *The Institute of Psychosexual Medicine, British Association for Sexual and Relationship Therapy, European Federation of Sexology, European Society for Sexual Medicine, Royal Society of Medicine, Porterbrook Clinic, Sheffield Hallam University, University of Central Lancashire*).

2.2.2.1 Het beroep van seksuoloog in Quebec

Seksuologen werden in 2013 in het Quebeciaanse beroepssysteem geïntegreerd met de oprichting van de Beroepsvereniging van seksuologen van Quebec (*Ordre professionnel des sexologues du Québec*, OPSQ). Deze vereniging heeft als doel de bevolking te beschermen en de beroepscompetenties bij haar leden te ontwikkelen en op peil te houden.
Volgens de OPSQ bestaat het uitoefenen van de seksuologie erin het gedrag en de seksuele ontwikkeling van de persoon te beoordelen, interventies en behandelingen te bepalen, aan te bevelen en uit te voeren, met als doel een beter seksueel evenwicht te bereiken bij de mens in interactie met zijn omgeving.
Seksuologen moeten lid zijn van de OPSQ om seksuologie te mogen uitoefenen binnen 3 van de 13 activiteiten vermeld binnen "*la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines"*. Namelijk het uitoefenen van de seksuologie bij volgende groepen:

- Personen met een mentale of neuropsychologisch stoornis, vastgelegd na diagnose of beoordeling van een bevoegde beroepsbeoefenaar;
- Adolescenten in het kader van een beslissing van de rechtbank (in toepassing van de wet op het strafrecht voor adolescenten);
- Personen met mentale stoornissen: mits bewijs van specifieke opleiding mag de seksuoloog beoordelen op seksuele stoornissen samen met beroepsbeoefenaars die bevoegd zijn om mentale stoornissen te beoordelen.

De praktijk van de psychotherapie wordt toegestaan aan seksuologen die aan de eisen beschreven in het Reglement betreffende de vergunning van de psychotherapeut voldoen.

De universitaire opleiding in de seksuologie wordt uitsluitend aangeboden in de universiteit van Quebec te Montreal. Mensen de één van de volgende bachelor- of masterdiploma's hebben behaald, kunnen een aanvraag indienen om toegelaten te worden tot het beroep van seksuoloog: bachelor in de seksuologie, bachelor in de seksuologie (onderwijs), bachelor onderwijs in de seksuologie, bachelor gespecialiseerd in onderwijs (seksuologie), master in de seksuologie (klinische focus), master in de seksuologie (onderzoek-interventie), master in de seksuologie (focus op informatie in de seksuologie) (M.A.); master in de seksuologie (focus op informatie seksuologie), master in de seksuologie (focus op counseling), master in de seksuologie (focus op counseling in de seksuologie).

Om te kunnen overgaan tot een klinische interventie in de seksuologie, moet men bijvoorbeeld beschikken over een master in de seksuologie met het profiel counseling.

2.2.2.2 Het beroep van seksuoloog in de Verenigde Staten

In de VS zorgt de *American Association of Sexuality Educators* sinds 1970 voor de certificering van 3 types van beroepen (educatoren, consulenten en therapeuten).
Om educator of consulent te zijn moet je minstens over een bachelor beschikken, terwijl om therapeut te zijn minimum een master vereist is in een klinische specialiteit die de opleiding tot de psychotherapie omvat. De gecertificeerde therapeuten zijn dus beoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg die een opleiding in de psychotherapie hebben gevolgd (en lid zijn van een

vereniging voor psychotherapie) en gespecialiseerd zijn in de behandeling van seksuele problemen.

2.2.3 Situatie in België

2.2.3.1 Organisatie van het beroep

1. *Een gebrek aan aandacht voor seksualiteit en seksuele problemen in de opleiding en de praktijk van mensen met een gezondheidsberoep.*

Ook in België worden psychologen en artsen onvermijdelijk geconfronteerd met personen die lijden onder seksuele problemen, maar dit geldt ook voor andere professionelen die in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld verpleegkundigen, vroedvrouwen, ergotherapeuten, enz.) of in een pedagogische context werkzaam zijn (bijvoorbeeld onderwijzers en opvoeders).

In de praktijk stelt men niettemin vast dat veel mensen seksuele problemen niet met hun psycholoog of arts (durven te) bespreken. Niettemin worden artsen vaker aangesproken rond seksualiteit doordat er voor erectiestoornissen nu werkzame medicatie bestaat. Ook van andere beroepsbeoefenaars is gekend dat vragen over seksualiteit en seksuele problemen vaak worden genegeerd en dat wanneer seksualiteits-gerelateerde vragen in een consultatie aan bod komen, patiënten/cliënten - in het beste geval -worden doorverwezen. Mensen vinden het gemakkelijker om met een seksuoloog[3] over hun problemen te praten – ook omdat bij andere hulpverleners seksuele problemen zelden worden aangekaart. Dat is niet zelden het gevolg van het feit dat hulpverleners zich - net zoals hun patiënten - geremd voelen om dat gesprek aan te gaan. In die zin is er in de zorg rond seksualiteit vaak sprake van een “wachtkamercultuur” waarbij de hulpverlener wacht totdat de patiënt/cliënt zelf het initiatief neemt om een seksuele zorg, probleem of disfunctie ter sprake te brengen; en waarbij de patiënt/cliënt wacht op de vraag van de arts rond dat thema. In meerdere onderzoeken werd aangetoond dat patiënten/cliënten verwachten dat de professional het gesprek initieert.

In de opleiding tot psycholoog of arts wordt anno 2016 nog steeds geen (basis)kennis over seksualiteit meegegeven en worden studenten (nog) niet opgeleid om diagnoses te stellen en behandelingen uit te voeren betreffende seksuele problemen. Een snelle analyse van de opleidingscurricula van de opleiding tot psycholoog of arts leert ons dat seksualiteit in deze opleidingen geen (vaste) plek heeft; dat het “te weinig prioritair is” wordt wel eens gezegd. Dat betekent wel dat de redenering dat de seksuologie een “subspecialisatie van de psychologie of geneeskunde is” niet echt vol te houden is. Een aantal opleidingen heeft wel één verplicht of optioneel vak rond seksualiteit. Maar dat biedt onvoldoende grond om te beweren dat de seksuologie een subspecialisatie van één van beide gezondheidsberoepen is.

Er zijn maar weinig artsen die de opleiding voor seksuologie gevolgd hebben na hun medische studies. Artsen die in hun praktijk met vragen rond seksuele problemen worden geconfronteerd zijn voornamelijk: gynaecologen, urologen, psychiaters, endocrinologen en huisartsen. Artsen met een speciale interesse voor seksuologie bekwamen zich vaker via zelfstudie en/of via het volgen van specifieke (korte) opleidingen, studiedagen, symposia of workshops om beter met de deze vragen te kunnen omgaan.

Voor wat betreft de klinisch werkende psychologen geldt bovendien dat ook zij die investeerden in een “postgraduaat in de psychotherapie” – om hun klinisch werk kwalitatief te verbeteren – niet goed zijn voorbereid op vragen van cliënten met seksuele problemen. De reden daarvan is dat er ook in de meeste postgraduaatsopleidingen weinig (soms zelfs geen) aandacht is voor seksualiteit en seksuele problemen en hoe daarmee om te gaan.

[3] Om de tekst niet te verzwaren wordt in dit document de mannelijke vorm gemeenslachtig gebruikt.

2. *Seksuologen hebben een focus op seksualiteit en seksuele disfuncties, zorgen en problemen*

Mensen die kiezen voor een opleiding (Master in de) seksuologie hebben diverse opleidings-achtergronden en hun motivatie om seksuologie te studeren is vaak erg verschillend. Voor een aantal geldt dat ze als (klinisch) seksuoloog aan de slag willen gaan, anderen beschouwen het als een aanvulling en een vorm van meerwaardecreatie bij hun eerde behaald diploma (bijv. criminoloog-seksuoloog, psycholoog-seksuoloog, vroedvrouw-seksuoloog, …).

Op grond van een analyse van het ledenbestand van de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie blijkt dat voor Vlaanderen de praktijkuitoefening van seksuologen varieert en zich uitstrekt over het gebied van preventie, genezing en gezondheidspromotie. Seksuologen werken in een privépraktijk of in een (zorg)instelling (bijv. ziekenhuizen, woongemeenschappen, scholen, familiale gezondheid, chronische ziekte en thuiszorg, enz.). De meeste seksuologen werken in een therapeutische context. De meeste seksuologen die klinisch werken, hebben een bijkomende, meerjarige postgraduaatopleiding tot psychotherapeut gevolgd. Op dit ogenblik werken seksuologen onder verschillende statuten: als werknemer in loondienst (22 %), als zelfstandige in hoofdberoep (32 %) en als zelfstandige in bijberoep (57 % met verschillen in het hoofdberoep, meestal leerkracht).

Seksuologen worden in België vertegenwoordigd door de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie en de *Société des Sexologues Universitaires de Belgique*.

2.2.3.1 Opleiding

Er bestaan op dit ogenblik in België verschillende soorten opleidingen in de seksuologie.

In de Vlaamse Gemeenschap gaat het om de volgende drie opleidingen.

De KU Leuven organiseert een Master in de seksuologie van 2 jaar (120 ECTS), met een specifieke finaliteit waarin de wetenschappelijke studie van de menselijke seksualiteit en relaties centraal staat. Het uitgangspunt van de opleiding is dat seksualiteit en seksuele problemen multi-dimensionele fenomenen zijn, die niet zomaar te reduceren zijn tot hun psychologische, biologische, relationele of culturele dimensie. Dat uitgangspunt weerspiegelt zich in een programma waarin zowel biologische, psychologische, relationele en culturele invalshoeken aan bod komen.
Net zoals er vroeger geen specifieke kandidaatsopleiding was die op de Licentie Familiale en Seksuologische Wetenschappen voorbereidde, is er momenteel evenmin een opleiding Bachelor in de seksuologie die specifiek toegang verleent tot de Master in de seksuologie. Dat betekent dat er in de opleiding tot seksuoloog een rechtstreekse instroom is vanuit verschillende vooropleidingen (bachelors of masters in psychologie, criminologie, pedagogische wetenschappen, biomedische wetenschappen, geneeskunde, lichamelijke opvoeding en de bewegingswetenschappen, onderwijskunde, revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie. Studenten met een andere academische vooropleiding kunnen doorstromen naar de master na het volgen van een voorbereidingsprogramma (1 jaar, 62 ECTS). Studenten die eerder een (specifieke) professionele bachelor haalden aan een hogeschool (Bachelor verpleegkunde, vroedkunde, ergotherapie, toegepaste psychologie, sociaal werk, onderwijs, gezinswetenschappen, orthopedagogie) kunnen instromen na het slagen voor een schakelprogramma (1 jaar, 62 ECTS). De studenten van de KU Leuven ontvangen een diploma ‘Master in de seksuologie’.

Naast de masteropleiding in de seksuologie aan de KU Leuven zijn er recent twee nieuwe relevante vormingen opgericht:

De UGent organiseert sinds het academiejaar 2012-2013 een Permanente Vorming Seksuologie op basis van een samenwerking tussen de Faculteiten Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen en de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Masters in de

psychologie, orthopedagogie en geneeskunde, die reeds over een klinisch mandaat beschikken, kunnen deze tweejarige opleiding aanvangen. In een basismodule en een specialisatiemodule worden veertig opleidingsdagen (of 260 contacturen) gespreid. Deze postgraduaatopleiding biedt aan hulpverleners in het klinische veld mogelijkheden om, bouwend op hun bestaande vaardigheden en kennis, de theorie maar in het bijzonder de praktijk van de klinische seksuologie aan te leren en te ontwikkelen. Hierbij wordt een *evidence-based* seksuologiepraktijk nagestreefd, waarin de hulpverlener zowel theoretische kennis als klinische vaardigheden verwerft om voor elke verschillende cliënt een specifieke behandeling te kunnen bieden. Daarnaast komt de persoonlijke vorming van de seksuoloog aan bod via gesuperviseerde praktijk in elke opleidingsdag. De opleidingsdagen worden zowel door interne als externe opleiders gegeven. Allen hebben een uitgebreide expertise in hun specifiek domein. De studenten aan de UGent ontvangen een getuigschrift 'Permanente vorming seksuologie'

Aan de UC Leuven Limburg wordt sinds 2014 een 1-jarig postgraduaat georganiseerd. Zij richten zich tot verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere bachelors menswetenschappen met als doel om meer aandacht te kunnen hebben voor seksualiteit en seksuele moeilijkheden in hun werk.

In de Franse Gemeenschap organiseren meerdere universiteiten een opleiding seksuologie:

De UCL organiseert ook een "Master in gezinswetenschappen en seksualiteit" (*master en sciences de la famille et de la sexualité*) van 2 jaar (120 ECTS) met twee afstudeerrichtingen die zich richten op een verschillend studentenpubliek.
De afstudeerrichting seksuologie richt zich naar de houders van een master (licentie) of doctoraat in de geneeskunde, psychologie of kinesitherapie (met een specialisatie in de perineologie). Deze opleiding heeft de bedoeling om universitaire klinische seksuologen op te leiden die personen helpen die lijden in hun seksueel leven of waarvan het disfunctioneel seksueel gedrag anderen doet lijden, om hen te begeleiden naar een seksuele gezondheid.
De afstudeerrichting met een interdisciplinaire benadering van het gezin en van het koppel richt zich tot de houders van een universitair diploma (bachelor, licentiaat, master) in de menswetenschappen of een diploma hoger onderwijs (verpleegkundige, maatschappelijk werker, gespecialiseerde opvoeder, enz.) of tot professionelen met ervaring in raadgeving of hulpverlening in de brede zin die deze dimensies in hun praktijkuitoefening wensen te integreren. Het doel van deze opleiding is het opleiden tot experten in het domein van het koppel en het gezin, met een invalshoek die rekening houdt met seksualiteit en gender.

De UCL organiseert ook een éénjarig universitair getuigschrift in de toegepaste klinische seksuologie (25 ECTS), dat zich richt naar seksuologen (en beroepsbeoefenaars die in de seksuologie wensen te werken) die zich verder wensen te verdiepen en verbeteren, en die al een academische vorming in de seksuologie hebben gevolgd (bijvoorbeeld een master in gezinswetenschappen en seksualiteit; een master in volksgezondheid, optie seksuologie) en/of professionals met een universitair diploma in de geneeskunde, psychologie of kinesitherapie met reeds 5 jaar professionele ervaring in verband met de seksuologie. Het doel van deze opleiding is zich te specialiseren in sekstherapie door zich te verdiepen in bepaalde sekstherapeutische benaderingen, waarvan de doeltreffendheid werd aangetoond voor de behandeling van seksuele en echtelijke moeilijkheden en de middelen en strategieën te ontdekken die binnen die benaderingen worden voorgesteld.

De ULB biedt een opleiding aan die na 3 jaar leidt tot een universitair getuigschrift in de klinische seksuologie (60 ECTS). Het doelpubliek is iedereen die actief is in de therapeutische hulpverlening, raadgeving of voorlichting met als voorwaarde dat iemand reeds een initiële opleiding heeft gevolgd, m.n. artsen, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, paramedische beroepen, maatschappelijke werkers, juristen, criminologen, leerkrachtenen onderwijzers, opvoeders, enz.). De opleiding brengt de nodige kennis in de bio- en psychoseksuologie bij om het seksueel functioneren en de seksuele stoornissen te begrijpen met

het oog op de behandeling, raadgeving, voorlichting en preventie betreffende de seksuele gezondheid.

De ULg organiseert een éénjarige opleiding die leidt tot een universitair getuigschrift in de klinische seksuologie van een jaar (35 ECTS). De opleiding richt zich tot artsen, psychologen en kinesitherapeuten die houder zijn van een universitair diploma van de tweede cyclus of tot andere gezondheidswerkers die geen houder zijn van een diploma van de tweede cyclus, maar die in hun beroepsactiviteit geregeld met personen die seksualiteit gebonden problemen hebben, worden geconfronteerd. Deze opleiding beoogt het verwerven van nieuwe professionele kennis op het gebied van hulpverlening, ondersteuning, preventie en aanpak van patiënten met seksuele moeilijkheden.

Tabel 1: Overzicht van opleidingen in de seksuologie in België

	Duur	Aantal ECTS	Stage	Toelatingsvoorwaarden	Type
UGent	2 jaar	40 lesdagen	Nee	Psychologen, artsen, pedagogen	Permanente vorming
UC Leuven Limburg	1 jaar		Nee	Bachelors menswetenschappen	Postgraduaat
UCL	1 jaar	25	Ja	Master in de seksuologie OF 5 jaar ervaring en diploma van psy, kine, arts	Universitairgetuigschrift
ULg	1 jaar	35	Ja (64 u. - 6 ECTS).	Artsen OF Ervaring	Universitairgetuigschrift
ULB	3 jaar	60	Ja (60u)	Initiële opleiding, hulpverlening, raadgeving of educatie (bac)	Universitairgetuigschrift
UCL	2 jaar	120	Ja (100 u. - 5 ECTS)	Bachelor of master in menswetenschappen	Master
KULeuven	2 jaar	120	Ja (39 u. - 6 ECTS)	Professionele Bachelors na schakeljaar; academische bachelor na voorbereidingsjaar of rechtstreeks (zie hierboven)	Master

2.2.4 Definitie van de functie van klinisch seksuoloog

In het advies 9194 "Definitie en competentieprofiel voor de klinische psychologie in België" stelt de HGR vast dat de fundamentele elementen uit de definitie van gezondheidswerkers de volgende zijn:

- Beroepsactiviteiten ;
- geheel aan kennis en methoden waarop de professionele praktijkvoering steunt;
- opzet of doel van de beroepsbeoefenaar;
- doelgroep ;

- andere (deontologische code, werkcontext, samenwerking met andere beroepsbeoefenaars).

Op basis van de definities van andere gezondheidswerkers (HGR, 2015), van de voorgestelde definities door beroepsorganisaties in verschillende landen en op advies van de experts, wordt hieronder een definitie van de klinisch seksuoloog in België voorgesteld. Deze definitie preciseert het geheel aan kennis van het beroep, de soort activiteiten, het opzet of het doel van deze activiteiten en de doelgroep.

De HGR stelt voor om de klinische seksuologie als volgt te definiëren:
"De **klinische seksuologie** is een klinische discipline waarin theorieën, methoden en technieken uit de biomedische en psychosociale wetenschappen worden **ontwikkeld en autonoom worden toegepast** door een daartoe **specifiek opgeleide gezondheidszorgprofessional**, met als doel de **seksuele gezondheid** van alle gezonde of zieke personen, koppels, gezinnen, groepen of gemeenschappen te verbeteren. Het doel van de klinische seksuologie is enerzijds het promoten, beschermen, bevorderen en optimaliseren van de **seksuele gezondheid**, het bevorderen van educatie, preventie en raadgeving rond seksuele gezondheid en anderzijds het luisteren naar en inschatten van **een seksuele klacht**, het opstellen van een diagnostisch bilan, het **behandelen** of heroriënteren van klachten of symptomen (c.q. seksuele disfuncties, problemen, zorgen, vragen, of symptomen in verband met seksualiteit die een significant lijden veroorzaken)via een holistische en – voor zover mogelijk een op evidentie gebaseerde - **multidisciplinaire aanpak** die rekening houdt met de context van de persoon, daar waar nodig in samenwerking met andere beroepsbeoefenaars, en met inachtneming van het daarbij horend **juridisch, deontologisch en ethisch kader**".

In wat volgt worden een aantal elementen uit de definitie in detail besproken :

1) het gaat om het ontwikkelen en autonoom toepassen van wetenschappelijke theorieën, methoden en technieken uit de biomedische en psychosociale wetenschappen

Een klinisch seksuoloog baseert zijn werk op een theoretische benadering van de seksuologie en baseert zijn interventies op kennis die voortkomt uit de biomedische en psychosociale wetenschappen. Hij voert zijn praktijk op basis van wetenschappelijk onderbouwde *evidence-based* interventies.
Een klinisch seksuoloog kan ook een maatschappelijke rol opnemen, om de discipline verder te ontwikkelen en het gezondheidsbeleid te verbeteren.

2) door een specifiek opgeleide gezondheidszorgprofessional

De klinische seksuologie kenmerkt zich door een diversiteit van opleidingen die ernaar toe leiden en een diversiteit van beroepsbeoefenaars die erin actief zijn met in het bijzonder een aanwezigheid van artsen en niet-artsen.
De klinische seksuologie moet als een volwaardig autonoom gezondheidsberoep worden beschouwd en niet als een specialisatie van een ander gezondheidsberoep.
Om de klinische seksuologie autonoom te kunnen uitoefenen, is een universitaire opleiding in de seksuologie nodig met inbegrip van een praktijkstage en een erkende nascholing met inbegrip van supervisies en intervisies (voor meet details: zie punt 2.2.5.1).

Het is bovendien belangrijk dat seksuologen die dit wensen zich in de psychotherapie kunnen bekwamen en de psychotherapie kunnen uitoefenen als een onderdeel van hun zorgverlening.

3) met het oog op het verbeteren van de seksuele gezondheid

Het woord "klinisch" verwijst etymologisch naar toepassingen in de zorg van patiënten die aan een stoornis of een ziektelijden. Deze woordkeuze beklemtoont de curatieve toepassingen.

Een klinisch seksuoloog richt zich op het verbeteren van de seksuele gezondheid en heeft daarbij oog voor de bio-psychosociale dimensies van seksualiteit. Met seksuele gezondheid wordt bedoeld een staat van lichamelijk, emotioneel, geestelijk en maatschappelijk welbevinden met betrekking tot seksualiteit.
Het werkterrein van de seksuoloog is dus breed en omvat seksuele disfuncties, seksuele problemen en seksuele zorgen(o.a., gender, zorgen over seksuele oriëntatie, intrafamiliaalen seksueel geweld, seksueel grensoverschrijdend gedrag, parafilieën, seksuele, relationele en affectieve educatie).

4) enerzijds om raad te geven en anderzijds om te behandelen

Een klinisch seksuoloog richt zijn gezondheid bevorderende strategieën eerder op de seksuele gezondheid dan zich alleen te focussen op ziekte. Volgens de visie van de *Unesco Chair Sexual Health and Human Rights* is het gebied van de seksuele gezondheid - en dus het werkterrein van de seksuoloog – erg breed. Het werkterrein van een klinisch seksuoloog omvat multidisciplinaire domeinen betreffende:
- seksuele voorlichting met aandacht voor o.a. preventieve en educatieve interventies op niveau van het individu, het koppel(bijv. koppel geconfronteerd met borstkanker of prostaatkanker) of specifieke groepen (bijv. jongeren binnen een schoolomgeving),
- de seksuele en reproductieve gezondheid met aandacht voor o.a. gezondheid van moeder en kind, reproductieve gezondheid waaronder contraceptie en vrijwillige zwangerschapsonderbreking, strijd tegen SOA's waaronder HIV, seksueel geweld en de impact ervan op de gezondheid, infertiliteit, medisch geassisteerde voortplanting);
- vragen over rechten i.v.m. seksualiteit, gender en seksuele oriëntatie (bijv. ernaar luisteren, raadgeven, helpen en/of doorverwijzen)
- vragen waarbij een aantal van deze of al deze domeinen overlappen.

Ongeacht de complexiteit van de situatie ontwikkelt en hanteert een klinisch seksuoloog een relevante en aan de context aangepaste aanpak. Hij legt daarbij de nadruk op de ondersteuning van de patiënt/cliënt en op de bevordering van zijn eigen competentie (*empowerment)*, met als doel de patiënt in zijn/haar eigen levensproject te begeleiden.

5) via een multidisciplinaire aanpak en binnen een netwerkverband

Seksualiteit is zowel een biologisch, psychologisch als sociaal gegeven en seksuele disfuncties, seksuele problemen en seksuele zorgen die lijden veroorzaken, mogen niet vanuit slechts één invalshoek worden bekeken. Een klinisch seksuoloog zal in zijn werk eerder uitgaan van een multidisciplinaire benadering - dan zijn werk alleen op een pathologische visie te baseren - en daarvoor samenwerken met andere gezondheidsberoepen.
In zijn streven om zich zoveel als mogelijk aan te passen aan de personen en hun verschillende realiteiten, maakt een klinisch seksuoloog de therapeutische relatie tot het middel bij uitstek om verandering teweeg te brengen.

6) binnen een deontologisch kader.

Om het werk van klinisch seksuologen in goede banen te leiden moet door een beroepsorde van seksuologen een deontologische code worden opgesteld. De vraag rond vertrouwelijkheid is van essentieel belang in het kader van de beroepsactiviteit van klinisch seksuologen.
De functie van klinisch seksuoloog omvat geen technische handelingen en daardoor zijn er dus geen bijzondere veiligheidsvoorwaarden na te leven.
Een klinisch seksuoloog moet in zijn werk ook rekening houden met de normatieve, culturele en spirituele waarden en voorschriften die gelden voor de mensen die hem consulteren. Een klinisch seksuoloog moet zich daarom erg bewust zijn van zijn eigen waarden en normen en in zijn beroepsuitoefening continu pogen om zijn eigen waarden niet tot norm te verheffen, maar er in functie van het welzijn van zijn patiënten/cliënten ook afstand van te nemen.

Hij mag geen enkel rechtstreeks of onrechtstreeks financieel of ander voordeel halen uit activiteiten die buiten de normale beroepsactiviteiten van klinisch seksuologen vallen (bijvoorbeeld, en niet-exhaustief, seksuele producten en objecten verkopen (vibromassageproducten, voedingssupplementen...), ontmoetingsclubs organiseren, reclameactiviteiten opzetten ...). Een professioneel tuchtorgaan kan een klinisch seksuoloog een waarschuwing geven, of kan tot schorsing van de titel besluiten door middel van een tuchtprocedure (bijvoorbeeld in geval van verspreiden van onwetenschappelijke of foutieve informatie, schetsen van een verkeerd beeld van het beroep, enz).

2.2.5 Competentieprofiel van de seksuoloog

2.2.5.1 Opleidingstraject

De klinische seksuologie is geen specialisatie van een ander gezondheidsberoep, maar een autonoom gezondheidsberoep waarvoor een specifiek opleidingstraject moet worden gevolgd.

Volgens de HGR bestaat het opleidingstraject van een klinisch seksuoloog uit drie fases die noodzakelijk zijn om de klinische seksuologie autonoom te kunnen uitoefenen:

1) Fase 1: Het volgen van een universitaire opleiding in de seksuologie, waarvan er 2 types bestaan:

   Type 1: een tweejarige Master in de seksuologie (120 ECTS) die toegankelijk is voor houders van een:

   - bachelor in de seksuologie

   Hoewel dit momenteel nog niet bestaat, kan het organiseren van een bachelor in de seksuologie studenten toelaten om een opleidingsparcours te volgen waarbij er geen voorbereidend jaar nodig is.

   - academische bachelor in de farmacie, geneeskunde, kinesitherapie, logopedie, pedagogische wetenschappen, psychologie, tandheelkunde; of een professionele bachelor in de ergotherapie, verpleegkunde, gespecialiseerde opvoeder, sociaal werk, toegepaste psychologie, vroedkunde;

   - master in een discipline die geen gezondheidsberoep is.

   Het wordt de universiteiten aanbevolen om voor de opleidingsprofielen waarvoor zij dat zinvol achten een voorbereidend - of schakeljaar (60 ECTS)te organiseren waarvan de invulling kan worden afgestemd op eerder verworven competenties uit vorige opleidingen.

   Type 2 : een universitair certificaat (permanente vorming) in de seksuologie (universitaire 60 ECTS; erkend door de Gemeenschappen) die toegankelijk is voor houders van een master in een gezondheidsberoep (farmacie, geneeskunde, kinesitherapie, logopedie, pedagogische wetenschappen, psychologie, tandheelkunde).

Voor beide types opleidingen geldt dat ze 60 stage-uren moeten omvatten.

2) Fase 2: Een periode van gesuperviseerde praktijk, tijdens dewelke de seksuoloog, in maximum 3 jaar, een minimum van 200 uur klinische raadplegingen in de seksuologie, 40 uur klinische intervisie en 10 uur supervisie kan aantonen. Het is belangrijk dat de klinisch seksuoloog tijdens deze periode van gesuperviseerde praktijk in contact komt met meerdere patiënten met verschillende soorten problematieken.
   De hierboven genoemde intervisies moeten binnen de universiteiten worden georganiseerd en de supervisoren moeten door die universiteiten worden erkend, eventueel in samenwerking

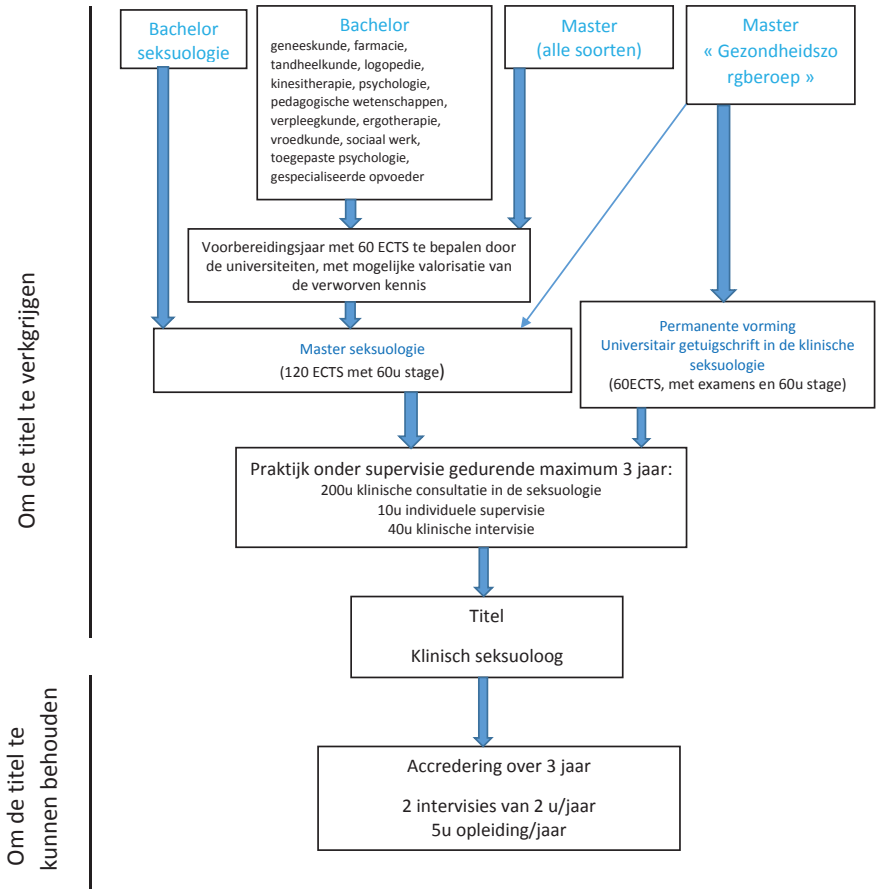
met de beroepsverenigingen (de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie en de *Société des Sexologues Universitaires de Belgique).*

Na het afronden van één van de types opleiding die hierboven werd beschreven, kan op het einde van deze periode van gesuperviseerde praktijk de titel van 'klinisch seksuoloog' worden toegekend.

3) Fase 3: Eenmaal de titel verkregen, is het belangrijk dat een klinisch seksuoloog zich permanent bijschoolt. Een klinisch seksuoloog kan zijn erkenning slechts behouden mits hij kan aantonen dat hij over een periode van 3 jaar een geaccrediteerde permanente bijscholing heeft gevolgd (minstens 5 uur opleiding per jaar) en tevens minstens 2 intervisies van telkens 2 uur heeft bijgewoond.

Het is belangrijk dat alle klinisch seksuologen een toegang tot psychotherapie-opleidingen hebben en dat ze de toestemming krijgen tot het uitoefenen van de psychotherapie. Dat is belangrijk opdat patiënten met seksuele disfuncties, seksuele problemen en seksuele zorgen toegang zouden hebben tot een kwaliteitsvolle psychotherapische behandeling.

Bovenstaand opleidingstraject kan als volgt worden geschematiseerd:



2.2.5.2 Competentieprofiel

Aangezien klinisch seksuologen qua vooropleiding een uiteenlopend, zowel medisch als niet-medisch, profiel kunnen hebben, is het belangrijk om de competenties te bepalen die klinisch seksuologen, die in een multidisciplinaire context werken, moeten beheersen. Dit betekent dat er minimale eisen moeten worden bepaald waaraan seksuologen, ongeacht hun initiële opleiding, moeten voldoen om op een correcte manier de behoeften en hulpvragen van hun patiënten en cliënten adequaat te kunnen beantwoorden.

2.2.5.2.1 Voorbeelden van competentieprofielen

De WGO heeft in 2012 een rapport uitgebracht over de basiscompetenties die in de primaire zorg nodig zijn met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid. In dit rapport wordt een nauwkeurige beschrijving gegeven van 13 vereiste competenties om kwalitatieve diensten te kunnen verlenen op het niveau van de primaire gezondheidszorg. Deze competenties worden in 4 domeinen ingedeeld: m.n. aan te nemen attitudes, capaciteit tot directie en management, algemene competenties en specifieke klinische competenties.

In Nederland heeft de NVVS een competentieprofiel van de seksuoloog uitgewerkt die de seksuologie in meerdere thema's onderverdeeld:

I. Gezonde en ongezonde seksualiteit in verschillende levensfasen
II. Specifieke seksuele problemen bij mannen
III. Specifieke seksuele problemen bij vrouwen
IV. Relationele aspecten van seksueel functioneren en disfunctioneren
V. Parafilieën
VI. Genderproblematiek
VII. Seksuele gevolgen van Seksuele, Fysieke, Psychische en Iatrogene traumata
VIII. Forensische seksuologie
IX. Onbegrepen genitale en (onder)buikklachten
X. Ziekte of lichamelijke handicap met seksuologische co-morbiditeit
XI. Psychiatrische/psychologische problemen en seksuele co-morbiditeit
XII. Verstandelijke beperkingen en seksualiteit
XIII. Seksualiteit en psychofarmaca/medicijnen
XIV. Seksuele oorzaken en gevolgen Fertiliteitsproblemen
XV. Seksualiteit en Zwangerschap
XVI. Seksualiteit, anticonceptie en SOA
XVII. Seksualiteit, maatschappij en (sub)cultuur
XVIII. Algemene vaardigheden

Voor elk van deze thema's moet de seksuoloog competenties hebben in de volgende domeinen:

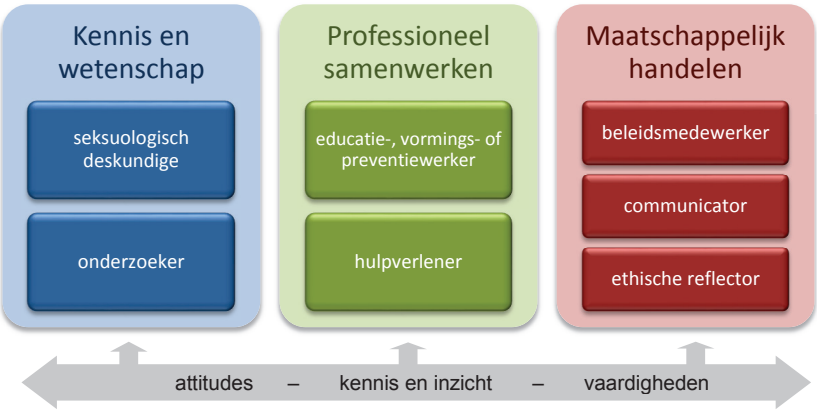
- Seksuologisch handelen: kennis en vaardigheden betreffende de volle omvang van het vakgebied van de seksuologie
- Communicatie: met patiënt, partner, familie, professionals, publiek en media
- Kennis en Wetenschap: evidence-based sexology, onderwijs geven, het publiek informeren; wetenschappelijke bronnen kunnen raadplegen, wetenschappelijk onderzoek doen
- Samenwerking: met collega seksuologen, met zorgverleners en andere professionals binnen de ggz en sgz, met patiëntenorganisaties, met organisaties en instellingen actief op het terrein van de seksuele gezondheid.
- Organisatie: doelmatig werken met anderen in een multidisciplinaire setting; zorglogistiek en ketenzorg optimaliseren
- Maatschappelijk handelen: preventie, kennis en toepassen van beroepscode, tuchtrechtelijk en juridisch kader, riskmanagement, omgaan met fouten
- Professionaliteit: ethiek, reflectie, kennen van eigen grenzen, intervisie, supervisie

De NVVS beschrijft verder per beroepsprofiel (seksuoloog, consulent in seksuele gezondheid, supervisor) de manier waarop deze competenties moeten worden beheerst.

In Canada heeft de universitaire opleiding seksuologie van de Universiteit van Quebec in Montreal tot doel toekomstige seksuologen in staat te stellen om :

- theoretische basiskennis (psychologische, biologische, socioculturele) te verwerven en ontwikkelen die noodzakelijk is om seksuele problematieken te analyseren;
- seksuologische problematieken te analyseren en synthetiseren, seksuologische interventieprojecten uit te werken in samenwerking met verschillende interveniërende personen;
- zijn/haar kennis te delen en te communiceren op een professionele manier conform het juridisch, deontologisch en ethisch kader;
- zijn/haar seksuologische interventieprojecten te evalueren en bij te stellen;
- verschillende interventie wijze toe te passen in de domeinen voorlichting, preventie en gezondheidsbevordering;
- open te staan voor andere disciplines en culturen vanuit een interdisciplinaire en polyvalente invalshoek

Aan de KU Leuven werd in het kader van de visitatie van de opleiding zich baserend op de CanMEDS voor artsen een analyse gemaakt van de verschillende professionele rollen die seksuologen kunnen opnemen. Op basis hiervan werd er een 'ideaaltypisch rollenmodel van de seksuologie' ontwikkeld. Deze oefening mondde uit in het onderscheiden van zeven verschillende rollen, die onder drie grote noemers konden worden ingedeeld, m.n. kennis en wetenschap, professioneel samenwerken, en maatschappelijk handelen (zie Figuur 1).



Figuur 1: Ideaaltypisch rollenmodel voor seksuologen

Onder de noemer kennis en wetenschap werden de rollen 'seksuologisch deskundige' en 'onderzoeker' onderscheiden. Met deze rollen wordt verwezen naar het feit dat van een seksuoloog kan worden verwacht dat hij/zij kennis heeft van het wetenschappelijk discours in de seksuologie. Van een seksuoloog die op een masterniveau is opgeleid, kan bovendien worden verwacht dat hij/zij tevens zelfstandig een wetenschappelijk onderzoek kan uitvoeren en gepubliceerd onderzoek kritisch kan beoordelen, vandaar ook een verwijzing naar een rol als onderzoeker.

Onder de noemer professioneel samenwerken werden de rollen van 'educatie-, vormings- of preventiewerker' en 'hulpverlener' onderscheiden. Met deze rollen wordt verwezen naar het feit dat

het professioneel handelen van een seksuoloog veelal multidisciplinair overleg en samenwerking veronderstelt. De twee rollen die onder deze categorie zijn opgenomen, reflecteren in feite de twee grote beroepenvelden waarin de meeste seksuologen worden tewerkgesteld, m.n. relationele en seksuele vorming én hulpverlening – en die reeds van bij de start van de seksuologie als wetenschap door Bloch (1906) werden onderscheiden.

Onder de noemer maatschappelijk handelen werden de rollen 'beleidsmedewerker', 'communicator' (in verschillende contexten) en 'ethisch reflector' onderscheiden. Met deze rollen wordt verwezen naar het feit dat gelet op de seksualisering van onze maatschappij, seksuologen een maatschappelijke taak hebben en in staat moeten zijn om in een (maatschappelijk) debat over seksualiteit een (wetenschappelijk) gefundeerde mening te formuleren (communicator, ethisch reflector). Daarnaast zouden seksuologen vanuit hun expertise eveneens het beleid rond seksuele gezondheid moeten kunnen inspireren.
Voor elk van deze zeven onderscheiden rollen geldt dat ze een specifieke expertise in termen van kennis, inzicht en vaardigheden veronderstellen, maar voor seksuologen geldt in het bijzonder dat ze zich bij het vervullen van hun rol erg bewust moeten zijn van hun eigen attitude, waarden en normen op vlak van seksualiteit.

2.2.5.2.2 Competentieprofiel voor de klinisch seksuoloog in België

Om het competentieprofiel voor de klinisch seksuoloog in België uit te werken heeft de HGR zich gebaseerd op het competentieprofiel van de NVVS, de opleidingscompetenties vereist door de OPSQ, het hierboven beschreven ideaaltypisch rollenmodel van de seksuologie, de bestaande opleidingstrajecten in België en werd er rekening gehouden met de schriftelijke voorstellen van de VVS en SSUB en hun bijdrage tijdens de vergaderingen.

Een essentieel kenmerk van de opleiding van klinisch seksuologen is de multidisciplinariteit. Een klinische seksuoloog moet immers medische, psychologische en pedagogische competenties ontwikkelen, aangepast aan de uitdagingen op het gebied van volksgezondheid en aan de maatschappelijke vraagstukken. De opleiding moet ook aanleiding geven tot een kritische en genuanceerde houding ten aanzien van verschillende disciplines (antropologie en sociologie, geneeskunde, recht en wetgeving, filosofie en ethiek, psychologie en psychiatrie, maatschappelijke gezondheid, ...). De kennis, vaardigheden en attitudes die voor een wetenschappelijke seksuologische en empirisch gerechtvaardigde interventie nodig zijn, moeten worden meegegeven. Binnen de opleiding moet er ook naar het stimuleren van onderzoek en innovatie op het vlak van de klinische seksuologie worden gestreefd.
Om de functie autonoom te kunnen uitoefenen moet een klinisch seksuoloog een universitaire, multidisciplinaire opleiding hebben gevolgd met daarin aandacht voor zowel biologische, psychologische en sociale kennis als specifieke competenties en attitudes die voor een klinisch seksuoloog cruciaal zijn. De inhoud van die opleiding wordt hierna in meer detail omschreven:

I. <u>Kennis</u>

Biologischeaspecten

Een klinisch seksuoloog moet voldoende medische en biologische kennis (o.a. anatomie, fysiologie en endocrinologie van de seksuele functie en de menselijke reproductie) hebben om deze te kunnen toepassen ter bevordering van de seksuele gezondheid. Een klinisch seksuoloog moet tevens kennis hebben van de voornaamste gynaecologische en urologische aandoeningen en hun mogelijke seksuele gevolgen en/of oorzaken.
Hij moet deze kennis ook kunnen toepassen bij het bespreken van de gevolgen van acute of chronische, somatische of mentale ziekten, geneesmiddelen, lichamelijke en verstandelijke beperkingen op het seksueel functioneren.
Tot slot moet hij deze kennis ook kunnen toepassen bij het bespreken van (problemen met) vruchtbaarheid, contraceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen en over de effecten van

zwangerschap, bevalling en borstvoeding op het seksueel functioneren en de seksualiteitsbeleving.

Socioculturele en juridische aspecten

Een klinisch seksuoloog moet kennis hebben over sociologische, socioculturele en antropologische aspecten van seksualiteit en deze in zijn praktijkvoering vlot kunnen toepassen. Hij moet met name kennis hebben van de normen, waarden, gewoonten en regels die met seksualiteit verbonden zijn alsook van de culturele, etnische en religieuze determinanten van seksuele diversiteit. Hij moet in staat zijn om in zijn zorg voor patiënten oog te hebben voor interculturele aspecten in zijn communicatie met patiënten en collega's.
Hij moet ook de juridische en medico-legale aspecten, die met seksualiteit verbonden zijn, kennen.

Psychische aspecten

Een klinisch seksuoloog moet ook kennis hebben van de betekenis en functie van seksualiteit voor mannen en vrouwen en voor relaties én deze kennis in gewone en therapeutische gesprekken kunnen aanwenden. Een klinisch seksuoloog moet eveneens kennis hebben van psychische, psychologische en relationele factoren die seksuele disfuncties, seksuele problemen en seksuele zorgen en problemen rond reproductie kunnen veroorzaken, uitlokken, in stand houden of onderhouden.

Seksualiteit in de verschillende leeftijdsfasen

Een klinisch seksuoloog moet kennis verwerven over a) psychologische, lichamelijke, hormonale en sociale determinanten en aspecten die met de seksuele ontwikkeling verbonden zijn vanuit een levensloopperspectief; b) de oorzaken, diagnostiek en behandeling van seksuele problemen die zich in specifieke periodes van het leven - zoals de adolescentie, tijdens de zwangerschap en na bevalling, bij de menopauze en andropauze en bij het ouder worden - kunnen voordoen. Bovendien moet een klinisch seksuoloog in staat zijn om deze kennis gericht te kunnen toepassen in zijn praktijkvoering.

Seksuele disfuncties, seksuele variaties, psychopathologie

Een klinisch seksuoloog moet kennis hebben over seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen (inclusief de psychische, relationele, sociale, anatomische, fysiologische, psychofysiologische, hemodynamische en neuro-endocriene aspecten, lifestylefactoren, geneesmiddelen en ander middelengebruik en –misbruik die het seksueel functioneren en de seksualiteitsbeleving positief en negatief kunnen beïnvloeden) en deze kunnen toepassen in zijn praktijkvoering.

Een klinisch seksuoloog moet ook kennis hebben van geslachtsdifferentiatie en genderidentiteits-ontwikkeling in het algemeen en bij patiënten met genderdysforie en/of aandoeningen van de seksuele ontwikkeling in het bijzonder. Hij moet deze kennis in zijn praktijkvoering kunnen toepassen wat hem in staat moet stellen om een onderscheid te maken tussen genderdysforie, (periodiek) transgendergedrag (zoals bijvoorbeeld cross-dressing) en psychiatrische stoornissen. Hij moet ook de laatste ontwikkelingen in het domein van de transgenderzorg en voor- en nadelen van een genderconfirmerende behandeling kennen.

Een klinisch seksuoloog moet ook kennis hebben van de bestaande theorieën over parafiliën en parafile stoornissen en andere vormen van seksuele psychopathologie (o.a. seksverslaving, seksueel grensoverschrijdendgedrag, seksueel geweld ...).

Een klinisch seksuoloog moet ook de classificatie van de belangrijkste stoornissen kennen zoals die in referentiewerken voor psychiatrische classificaties (zoals de DSM of de ICD) worden gedefinieerd. Hij moet tevens de mogelijke seksuele implicaties van deze syndromen kennen en

deze kennis toepassen in zijn praktijkvoering, daarbij tevens rekening houden met de seksuele implicaties van behandelingen met psychotrope medicatie.

II. Competenties en attitudes

Bevordering van de seksuelegezondheid

Een klinisch seksuoloog moet een open houding hebben ten aanzien van seksuele diversiteit en tolerantie tegenover diversiteit bevorderen. Hij bestrijdt gedwongen seksualiteit en discriminatie volgens sekse, gender, seksuele leefstijlen of seksuele oriëntatie en bevordert de seksuele rechten van elk individu in de maatschappij.

Een klinisch seksuoloog moet de seksuele gezondheid - in de betekenis die door de WGO aan deze twee begrippen werd gegeven –bevorderen:

- gezondheidsbevordering is het "proces waarbij aan de bevolking de middelen worden geboden om een grotere controle te verwerven over hun eigen gezondheid, en om hun gezondheid te verbeteren" (Charter van Ottawa, 1986);
- de seksuele gezondheid omvat eveneens het begrip plezier (zie de definitie onder punt 2.2.2.1, pagina 9).

Een klinisch seksuoloog moet ook verschillende interventies kunnen toepassen op het gebied van sensibilisering, preventie en voorlichting door aan personen en groepen informatie rond seksualiteit en determinanten van de seksuele gezondheid te verstrekken. Een klinisch seksuoloog moet aan preventie doen rond ongewenste zwangerschap, SOA's, seksueel afwijkend gedrag en informatie kunnen verstrekken over anticonceptiemethoden (met inbegrip van eventuele seksuele bijwerkingen) en advies verlenen met het oog op een goede seksuele gezondheid. Hij moet in zijn praktijkvoering ook zijn kennis van de determinanten van preventief gedrag kunnen toepassen.

Klinische gespreksvoering in de seksuologie

Een klinisch seksuoloog moet de technieken van gespreksvoering, verslaggeving, dossiervoering, voorlichtingsgesprekken, conflict beheersing kennen. Hij moet deze kennis in zijn praktijk op een passende manier kunnen toepassen en erover kunnen communiceren met patiënten, partners en familieleden.

Een klinisch seksuoloog moet in staat zijn om een therapeutische relatie op te bouwen en een open, empathische, niet-normerende attitude te hebben, vrij van oordelen ten opzichte van het seksueel en reproductief zelfbeschikkingsrecht van het individu ongeacht diens leeftijd, sekse, seksuele oriëntatie, levensstijl, seksuele voorkeuren, gedrag, samenlevingsvorm, culturele achtergrond, etniciteit en religie.
Een klinisch seksuoloog moet inzicht hebben in de effecten van zijn eigen normen, waarden, grenzen, attitudes, oordelen en vooroordelen, ten opzichte van seksualiteit op zijn professioneel functioneren. Hij moet tevens inzicht hebben in de potentiële gevaren van (seksueel gekleurde) overdrachts- en tegenoverdrachts verschijnselen en de risico's van grensoverschrijdend gedrag in een hulpverleningsrelatie herkennen.
Een klinisch seksuoloog moet veiligheid en vertrouwen kunnen genereren en passend kunnen reageren op ongemak, gêne en behoefte aan privacy en informatie. Hij moet een veilige sfeer kunnen creëren om in zijn professioneel handelen seksualiteit bespreekbaar te maken.

Een klinisch seksuoloog moet in staat zijn om partners te motiveren tot een behandeling door een niet-veroordelende, neutrale of bij voorkeur wisselend partijdige attitude toe te passen en gedrag te bespreken dat lijden veroorzaakt of dat onaanvaardbaar is op ethisch, juridisch en deontologisch vlak. Hij moet tevens interventies kunnen toepassen die de communicatie tussen partners kan verbeteren.

Evaluatie en interventie

Een klinisch seksuoloog moet medische, psychologische, gedragstherapeutische, systemische en groepsdynamische kennis kunnen toepassen voor de anamnese, diagnostiek en behandeling van seksuele problemen vanuit een bio-psychosociaal perspectief.
Hij moet seksuele problemen kunnen identificeren, zelfs wanneer mensen of koppels zich initieel niet met een seksuele hulpvraag aandienen.
Afhankelijk van zijn eigen beroepscompetenties moet een klinisch seksuoloog in staat zijn om een somatisch, psychologisch of psychiatrisch onderzoek te indiceren, te begeleiden, uit te voeren of ervoor door te verwijzen.
Een klinisch seksuoloog moet in staat zijn om in overleg met de patiënt en andere interveniërende personen het belang van de seksuele problemen te bekijken, een behandelplan uit te werken, dat te evalueren en bij te stellen.
Een klinisch seksuoloog moet ook in staat zijn om de meest voorkomende seksuele disfuncties en seksuele problemen te behandelen in een multidisciplinaire beroepspraktijk, daarbij gebruik makend van verschillende methoden en technieken van psychotherapie (individueel, als koppel of voor het gezin), farmacotherapeutische behandelingen en specifieke seksuologische behandelmethoden.

Professioneel functioneren en relaties met andere beroepen

Een klinisch seksuoloog moet de gezondheidszorg en de belangrijkste organisaties m.b.t de seksuele gezondheid kennen. Hij moet de wetgeving en de beroepscodes betreffende de uitoefening van het beroep van seksuoloog kennen en moet kennis hebben van en in staat zijn om te handelen vanuit zijn eigen ethisch en deontologisch professioneel kader.

Een klinisch seksuoloog moet de competenties van andere disciplines kennen en ervoor open staan om met hen samen te werken in een multidisciplinair kader. Hij moet in staat zijn om in teamverband te werken, multidisciplinair overleg te plegen en op een passende manier samen te werken met alle andere betrokken gezondheidszorgprofessionals. Een klinisch seksuoloog moet daar waar nodig adequaat kunnen doorverwijzen.

Een klinisch seksuoloog moet binnen de grenzen van zijn beroepscompetenties handelen, in staat zijn om na te denken over zijn eigen professioneel handelen en de resultaten van zijn eigen behandelingen evalueren. Hij moet zijn kennis en vaardigheden up to date houden, *evidence-based* seksuologie hanteren, de relevante wetenschappelijke literatuur volgen en evalueren, en kennisbronnen raadplegen.
Hij moet ook deelnemen aan intervisies en supervisies, feedback kunnen aanvaarden en geven, zijn expertise aan collega's en stagiairs doorgeven en werkzaamheden van seksuologen in opleiding begeleiden.

3. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De praktijkvoering van de klinische seksuologie is divers en breed. De functie van klinisch seksuoloog moet wettelijke worden omkaderd om voor iedereen een kwaliteitsvol zorgaanbod in de seksuele gezondheid te kunnen garanderen. Daarom is een erkenning van de klinische seksuologie als een autonome gezondheidszorgberoep binnen de gezondheidszorg nodig, alsook de oprichting van een controlestructuur voor de uitwerking en het doen naleven van een deontologische code.
De HGR stelt een definitie van de functie van klinisch seksuoloog voor, het te verwerven competentieprofiel en een schema van de opleiding tot klinisch seksuoloog in drie fases. De opleiding kenmerkt zich vooral door de multidisciplinaire insteek en een belangrijk deel dat aan de praktijk wordt gewijd.

Als gezondheidswerker zou de klinisch seksuoloog – mits een bijkomende opleiding in de materie - ook de psychotherapie moeten kunnen uitoefenen.
Op dit ogenblik is het nodig om het erkenningsproces in gang te zetten door een orgaan op te richten, vergelijkbaar met een orde van seksuologen, dat zich ook toelegt op het uitwerken van een deontologische code.

Als overgangsmaatregel wordt aanbevolen dat diegenen die tot op heden de klinische seksuologie uitoefenen op basis van hun dossier als klinisch seksuoloog worden erkend (en altijd voor diegenen die een universitaire opleiding in de seksuologie hebben gevolgd). Zij die een universitaire opleiding volgen (Master en sciences de la famille et de la sexualité, finalité sexologie, UCL ; certificat universitaire en sexologie clinique, ULB ; Master in de seksuologie, KU Leuven ; Permanente Vorming seksuologie, UGent) op het moment van de inwerkingtreding van de nieuwe regelgeving kunnen de titel van klinisch seksuoloog verkrijgen zonder een periode van gesuperviseerde praktijk te doorlopen (ten laatste binnen de 3 jaar na de inwerkingtreding).
Tot slot, aangezien intussen iedereen erkent, inclusief de WGO, dat de seksuele gezondheid een integraal onderdeel vormt van de gezondheid, raadt de HGR aan om de vraag te onderzoeken of het RIZIV de raadpleging bij klinisch seksuologen ten laste moet nemen.

4. REFERENTIES

- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.) Washington DC; 2013.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC; 2000.
- Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. World J Urol. 2002;20:74–8.
- Bancroft J. Human Sexuality and Its Problems; 1989.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). SEXPERT: seksuele gezondheid in Vlaanderen. Gent: Academia Press.
- Certificats d'université en sexologie clinique de l'ULB et l'UCL 2015-2016
- EDITORIAL Towards a European Sexology R. Porto, President, European Federation of Serology (EFS) (MD)
- Formation des professionnels de la santé aux actions d' éducation et de traitement en sexualité humaine : rapport d' une réunion de l' OMS [tenue à Genève du 6 au 12 février 1974] World HealthOrganization ; Réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles (1974 : Genève)
- Gagnon JH, Simon W. Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality; 1973.
- Giami A, De Colomby P. La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes. [Sexology as a profession in Europe: differences, diversity and common perspectives]. Sexologies Revue Européenne de sexologie et santé sexuelle 2006;15(1) :7-13.
- Gijs L, Gianotten W., Vanwesenbeeck I., Weijenborg P. Seksuologie. Houten 2004.
- Hendrickx, L. & Enzlin, P. (2013). Seksuele disfuncties. In: Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (Eds.). Seksuele gezondheid in Vlaanderen (pp. 193-216). Gent: Academia Press.
- HGR – Hoge Gezondheidsraad.Definitie van en competentieprofiel voor de klinische psychologie in België. Brussel: HGR; 2015. Advies nr 9194.
- Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Sexual Behavior in the Human Male; 1948.
- Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Gebhard P. Sexual Behavior in the Human Female; 1953
- Laumann JH, Gagnon RT, Michael RT, Michaels S. The Social Organization of Sexuality. Sexualpractices in the unitedstates; 1994.
- Laumann EO, Glasser DB, Neves RC, Moreira ED Jr; GSSAB Investigators' Group. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. Int J ImpotRes. 2009 May-Jun;21(3):171-8. Epub 2009 Feb 26.

- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E and Wang T for the GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y:prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research, 17, 39–57. 2005
- Levine SB. What is sexual addiction? J Sex Marital Ther 2010;36(3):261-75.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.*Little, Brown and Co; 1966.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*, Toronto; New York, Bantam Books; 1970.
- Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. Bull Johns Hopkins Hosp 1955;96(6):253-64.
- Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell GD for the GSSAB Investigators' Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. 2008
- Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. World J Urol 2006;24(4):423-8
- OMS Santé sexuelle et reproductive – compétences de base en soins primaire (2012).
- OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
- Référentiel de compétences en soins infirmiers ARES 2016
- Simonelli C, Fabrizi A, Rossi R, Corica F, Giami A. Sexology as aprofession in Europe: results from an Italian survey. Sexologies2006;1:50—7.
- Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. ArchSexBehav 2001;30(2):177-219.
- Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. ArchSexBehav 1990;19(4):389-408.
- Tiefer E. Sex Is Not a Natural Act and Other Essays; 1995.
- UQAM Université de Montréal : Bac et Maîtrise en sexologie 2015-2016
- Verschuren JE, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JH, Dekker R. Chronicdisease and sexuality: agenericconceptualframework. J SexRes 2010;47(2):153-70.
- WHO. Education and Treatment in Human Sexuality: The training of Health Professionals, Report of a Who Meeting (Technical Report Series N°. 572). 1975
- WHO – World Health Organisation. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 2002; Geneva. 2006

5. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben ***op persoonlijke titel*** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk * aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

AMAND Michel	Seksuologie	
BORMS Ruth	Psychologie – seksuologie	Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid
DE CUYPERE Griet	Psychiatrie - genderspecialist	UZ Gent
DE SUTTER Petra	Gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde	UZ Gent
DERDELINCKX Inge	Infectiologie	UZ Leuven
DONDERS Gilbert	Gynaecologie	UZA
ELAUT Els	Psychologie – seksuologie	UZ Gent
ENZLIN Paul	Orthopedagogiek - seksuologie	UPC KU Leuven en KU Leuven

JURYSTA Fabrice	Psychiatrie – seksuologie	ULB – Erasme ziekenhuis en CH Jolimont
LALOUX Martine	Verpleegkundige – Maatschappelijke gezondheid - seksuologie	HELB - ULB
LAMY Dominique	Geneeskunde	UCL
MARTENS Ingrid	Gynaecologie	AZ St Luca
MERCKX Mireille	Gynaecologie - andrologie	UZ Gent en CHIREC Brussel
MICHAUX Nathalie	Gynaecologie – seksuologie	CHU UCL NAMUR
NEKKEBROECK Julie	Psychologie – seksuologie	VUB
PENNE Ilse	Psychologie – seksuologie	CGG Waas en Dender
ROBERT Anne	Psychologie – seksuologie	CHU St Pierre
ROUMEGUERE Thierry	Urologie	Hôpital Erasme
TOURNAYE Herman	Gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde	UZ Brussel
VANDENDORPE Florence	Sociologie, gezinswetenschappen en seksualiteit, psychologie	European Research Council Executive Agency (ERCEA)
VANSINTEJAN Johan	Geneeskunde	VUB
VANWEEHAEGHE Sybille	Sexologie, psychotherapie, moraal filosofie	

De volgende firma's/verenigingen/enz. werden gehoord:

DE SUTTER Pascal	UCL
GIELEN Gérard	UCLL
HIRSCH Esther	ULB
PAZMANY Els	KUL
PESESSE Xavier	ULB
SIX Frédéric	SSUB
TIBERGHIEN Céline	ULg
T'Sjoen Guy	UGent
TRIFFAUX Jean-Marc	ULg
WITPAS Alexander	VVS

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: wie zijn we?.

Al de experten hebben ***op persoonlijke titel*** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR (belangenconflicten).

6. BIJLAGE

De bijlagen worden ter informatie meegedeeld. De HGR kan in geen geval verantwoordelijk worden gesteld voor hun inhoud.

Bijlage 1 : Standpunt erkenning « klinisch seksuoloog » (VVS)

Geachte VVS-lid,

Op de Algemene Ledenvergadering van 27 februari 2016 spraken we uitgebreid rond de stand van zaken in de erkenning van de titel 'klinisch seksuoloog'. Op vraag van vele leden, bezorgen we u hierbij een beknopte samenvatting van het VVS-standpunt in dit dossier.

De Vlaamse Vereniging voor Seksuologie is de beroepsvereniging van Vlaamse seksuologen, en vraagt namens haar leden aan de federale minister van Volksgezondheid om de klinische seksuologie op te nemen als autonoom zorgberoep in de wetgeving op de uitoefening van de gezondheidsberoepen, naar analogie van de klinische psychologie en de klinische orthopedagogie.

Ons standpunt is verder dat:

• de titel van klinisch seksuoloog, met alle mandaten, verantwoordelijkheden en plichten, best wordt voorbehouden aan de personen met een masterdiploma seksuologische wetenschappen, die een minimum aantal uren gesuperviseerde praktijk hebben doorlopen bij een erkende stageplaats of onder supervisie van een erkende supervisor;
• de erkenning van klinisch seksuoloog toegang moet geven tot de bijkomende opleiding en daaraan verbonden erkenning tot psychotherapeut (eventueel mits een aangepast bijkomend vormingstraject).
• klinische seksuologen als beroepsgroep vertegenwoordigd moeten zijn in alle relevante beleids- en praktijkstructuren, naar analogie van de klinische psychologie en de klinische orthopedagogie.

Onze redenen om dit te vragen zijn de volgende:

• Seksuele moeilijkheden en problemen komen vaak voor op bevolkingsniveau en hebben een duidelijke negatieve invloed op de kwaliteit van leven van de mensen die er onder lijden. Slechts een klein percentage van de mensen die last hebben zoekt en krijgt hulp bij deze problemen, en de 'treatment gap' blijft dan ook hoog.
• Seksuele moeilijkheden komen zelden aan bod bij andere hulpverleners. Zowel de mensen met problemen als de hulpverleners voelen zich geremd. Artsen en psychologen krijgen in hun basisopleiding weinig of geen kennis aangereikt over de diagnose en behandeling van seksuele problemen, laat staat dat er diepgaand kan worden ingegaan op het inoefenen van vaardigheden, of het kritisch bekijken van de eigen attitude.
• Mensen met seksuele problemen verdienen veilige en kwaliteitsvolle zorg, maar kunnen op dit moment niet uitmaken waar ze die kunnen krijgen. Bij gebrek aan officiële erkenning door de overheid, kan iedereen zichzelf 'seksuoloog' noemen. Het risico dat mensen terechtkomen bij iemand die over onvoldoende geschoold is, of, erger nog, malafide bedoelingen heeft, is reëel.
• Klinische seksuologie als praktijk heeft altijd al een groot belang gehecht aan integrale zorg en multidisciplinair werken. Wij zijn vragende partij voor een hechte en efficiënte samenwerking met andere zorgverleners (huisartsen, klinisch psychologen, gynaecologen, urologen, psychiaters, oncologen, kinesisten…). Maar dit is enkel mogelijk als klinische seksuologen, op basis van een officiële erkenning, toegang hebben tot de kanalen en structuren die daarvoor worden opgezet. Het gaat dan in concreto bijvoorbeeld over integratie in zorgpaden- en trajecten, en toegang tot e-health.

We willen hierbij ook duidelijk stellen dat het niet onze vraag is om via deze erkenning een monopoliepositie te verkrijgen rond de diagnose en behandeling van seksuele problemen. Andere zorgverleners die zich op dit gebied bijscholen en seksuele problematieken ter harte nemen in hun praktijk kunnen altijd op onze steun rekenen. We denken wel dat in het geval van diepgaande en complexe problematieken, behandeling door een klinisch seksuoloog de meeste kwaliteit van zorg biedt.

Alexander Witpas
voorzitter VVS

www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**