

Beschouwing

“Ja! Seks kan gerevalideerd worden!” Revalidatieseksuologie bij Sophia Revalidatie als voorbeeld van good practice

Egbert Kruijver^{1,2,3}, Jim Bender^{1,4}, Jorit Meesters^{1,5}

¹ Sophia Revalidatie, Den Haag

² De Hoogstraat, Utrecht

³ Seksuologiepraktijk, Nieuwegein en Praktijk voor Seksuologische Hulpverlening, Woerden

⁴ Scholingsbureau Bender & Pieters, Woerden en privépraktijk, Den Haag

⁵ Leids Universitair Medisch Centrum

Samenvatting

Dit artikel beschrijft naar aanleiding van het 20-jarig jubileum van de revalidatieseksuologie bij Sophia Revalidatie, als voorbeeld van *good practice*, hoe het seksuologisch hulpaanbod daar is ingebed.

Wat is revalidatie?

Patiënten in een revalidatiecentrum werken aan herstel van lichamelijke en/of cognitieve functies of aan het zich leren aanpassen (adaptatie) aan het hoogst haalbare niveau van functioneren na bijvoorbeeld multitrauma, hartfalen, beroerte, amputatie, decubitus of algemeen conditieverlies bij chronische ziekten.

In revalidatiecentra werken revalidatieartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, psychodiagnostisch medewerkers, maatschappelijk werkers, muziek- en activiteitentherapeuten en psychomotore therapeuten vanuit een holistische visie samen in (naar doelgroep samengestelde) multidisciplinaire teams. Op basis van deze multidisciplinaire aanpak leert de patiënt het maximale uit zijn/haar veranderde mogelijkheden te halen, zich aan de nieuwe grenzen aan te passen en compensatiestrategieën te ontwikkelen. Er is oog voor verwerking- en acceptatieprocessen bij zowel patiënt, partner als hun sociale omgeving.

Sophia Revalidatie

Sophia Revalidatie, gesticht in 1880, bestaat thans uit een revalidatiekliniek (80 bedden te Den Haag) en ze-

ven poliklinieken voor volwassenen, jongeren en kinderen, verspreid over locaties in Den Haag, Delft, Zoetermeer en Gouda. Ook is het tytlylcentrum De Witte Vogel (school voor kinderen met meervoudige handicaps) aan Sophia verbonden.

Poliklinisch worden er per jaar 1700 kinderen en jongeren en 3300 volwassenen behandeld. Residentieel revalideren er gemiddeld per jaar 500 volwassen patiënten. Speerpunten voor Sophia zijn hersenletsel (CVA en NAH), kinderrevalidatie, chronisch neurologisch progressieve aandoeningen (o.a. MS en ALS), oncologische en hartrevalidatie en complexe multitrauma. De polikliniek Jongeren (nog steeds een van de zeer weinige transitiepoliklinieken (specifiek gericht op de groep 14 tot 24 jarigen)) en het Kenniscentrum, dat onder meer het werken volgens *evidence based practice* ondersteunt, verdienen een aparte vermelding.

Wat is revalidatieseksuologie?

In de revalidatie werken de patiënten aan door hun zelf aangegeven doelen, binnen de kaders van het afgesproken klinische of poliklinische behandeltraject. Slechts sporadisch noemen patiënten bij aanvang spontaan en expliciet een revalidatiedoel op seksueel gebied.

Revalidatieseksuologie kan men kort omschrijven als het bieden van seksuologische hulp binnen het kader van de revalidatie. Alle chronische ziekten en lichamelijke beperkingen kunnen, los van de invloed van medicatie, directe of indirecte invloed hebben op seksuele functies. Daarnaast kunnen zij van invloed zijn op het lichaamsbeeld, het zelfbeeld, het aanpassingsvermo-

E. Kruijver, maatschappelijk werker VO, seksuoloog NWS
Drs. J.L. Bender, GZ-psycholoog, seksuoloog NWS
Dr. J.J.L. Meesters, senior onderzoeker
Correspondentie: E. Kruijver, info@seksuoloog.com

gen en de betekenis van seksualiteit voor het individu. Tenslotte kunnen zij gevolgen hebben voor relationele vaardigheden en kunnen zij aanleiding zijn voor rolverwisseling en rolverwarring in de relatie (Bender, 2003). Anders gezegd: patiënten in revalidatiecentra kunnen geconfronteerd worden met seksuele disfuncties, problemen in de seksuele beleving, seksuele relatieproblemen, seksuele aanpassings- en adaptatieproblemen en simpele, maar soms onoverkomelijke praktische problemen (Bender, 2003).

Mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking hebben een veel grotere kans op problemen rondom seksualiteit en seksuele gezondheid dan de algemene bevolking. Diverse internationale studies tonen aan dat zowel mannen als vrouwen met een lichamelijke aandoening minder tevreden zijn over hun seksuele leven en een lagere seksuele en lichamelijke zelfwaardering hebben vergeleken met gezonde mannen en vrouwen (Kedde, 2013). Om deze redenen is het van belang om structureel en proactief aandacht te schenken aan seksualiteitsvraagstukken in de revalidatiesetting. Dit biedt de mogelijkheid om antwoord te kunnen geven op de (vaak verborgen) vragen van patiënten rond seks.

Een door pionier Jim Bender geïnitieerd en door AGIS (een Nederlandse zorgverzekeringsmaatschappij) gefinancierd onderzoek (het AGIS-project) naar de seksuologische gezondheidszorg voor mensen met chronische ziekten en lichamelijke beperkingen onderschrijft het nut van kortdurende seksuologische interventies bij deze groepen (Rutgers Nisso Groep, 2007).

Er bestaan in Nederland grote verschillen in de vormgeving van revalidatieseksuologie. Diverse centra werken met een externe seksuologisch consultant. Dit kan een vrijgevestigd seksuoloog zijn of een seksuoloog die geleverd wordt vanuit een gelieerd universitair medisch centrum. Aanstellingen beperken zich veelal van een tot acht uur per week. Daarnaast zijn enkele seksuologen in vaste dienst bij hun revalidatiecentrum, maar ook zij worden feitelijk op consultbasis ingezet. Bij Sophia Revalidatie maakt seksuologische hulp integraal onderdeel uit van het multidisciplinaire revalidatieaanbod en zijn de seksuologen volwaardig lid van de diverse teams.

Revalidatieseksuologie volgens "Sophia-model"

Dat elke chronische ziekte of lichamelijke beperking invloed kan hebben op alle aspecten van het leven, zo ook op intieme relaties en seksualiteit, is niet voor iedereen een evidentie, zo bleek uit het rapport "Kan seks gerevalideerd worden?" (Bender, 2005). Voor Sophia Revalidatie vormde dit inzicht de basis waarop zij, met de komst van Jim Bender (GZ-psycholoog/seksuoloog NVVS), in 1995 een structureel en proactief seksualiteitsbeleid is gaan ontwikkelen.

Er werken momenteel twee seksuologen binnen Sophia Revalidatie (samen 1 FTE). Zij verdelen hun tijd over de diverse teams en locaties. Korte lijnen tussen

de seksuologen en alle vertegenwoordigde disciplines zijn essentieel. Er bestaat een levendig verkeer van persoonlijke, telefonische en e-mailcontacten met collega's uit alle disciplines, sinds 2014 ook via het revalidatie-elektronisch patiëntendossier (R-EPD).

De inhoudelijke werkzaamheden van de seksuologen betreffen seksuologische diagnostiek en behandeling, sekstherapie, relatietherapie, voorlichting en psycho-educatie. Tot de overstijgende taken behoren interne en externe scholingsactiviteiten en consultaties, lezingen voor patiëntenverenigingen en wetenschappelijk onderzoek. Al naargelang de constructie van het behandeltraject of zorgpad wordt seksuologische hulp onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts ingezet.

In principe staat seksuologische hulp open voor alle patiënten van Sophia Revalidatie. Er komen sporadisch gevallen voor waarin arts en seksuoloog bedenkingen hebben bij de inzet van seksuologie (denk hierbij aan forse psychiatrische comorbiditeit, met reële kans op compensatie).

De sinds 1995 gegroeide praktijk in visie en werkwijze is uiteindelijk in 2011 vastgelegd in beleid. Kernpunten in het Sophia-model zijn *stepped care* op basis van het PLISSIT model en borging van structurele en proactieve aandacht voor seksualiteitsvraagstukken.

Stepped care volgens het PLISSIT-model

Een forensisch psycholoog van Hawaii, Jack S. Annon, ontwikkelde begin jaren zeventig het PLISSIT-model (Annon, 1975, 1976) dat sindsdien wordt gebruikt voor patiënten met uiteenlopende ziektebeelden. PLISSIT vormt het acroniem van Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapy. Het is een *stepped care* model waarbij de interventies worden onderscheiden van eenvoudig naar complex en het verenigt zowel preventieve als curatieve elementen in zich. Er zijn meer van dit soort modellen ontwikkeld met ofwel meer het accent op diagnostiek dan wel op interventie, zoals PLEASURE, ALARM, BETTER en EX-PLISSIT (Yarbro, 2011) en BATHE(RS) (MacLeod & Hamilton, 2013), maar alle deze modellen zijn schatplichtig aan het werk van Annon.

Het PLISSIT-model is inmiddels ruim 40 jaar oud en heeft zijn robuustheid als waardevol gespreksmodel internationaal bij uiteenlopende doelgroepen bewezen (o.a. Hayter, 2009; Marsden 2010; Jaarsma, Steinke, & Gianotten, 2010; Rostamkhani, Jafari, Ozgoli, & Shakeri, 2015).

Zoals bij alle modellen, staat en valt PLISSIT bij de eerste stap: het permissie geven aan patiënten om over seksualiteit te spreken en aan gezondheidswerkers om er aandacht aan te schenken. Omdat onderzoek leert dat het relatief onwaarschijnlijk is dat het onderwerp door de patiënten zelf wordt aangedragen (Marwick, 1999), is het aan de gezondheidswerkers om hierin actie te ondernemen (Gott & Hinchliff, 2003). Via dit initiatief wordt op respectvolle wijze erkenning gegeven

aan het feit dat patiënten seksuele wezens zijn die te maken hebben met bijzondere omstandigheden.

Toepassingen van PLISSIT

In het Sophia-model wordt PLISSIT toegepast als *stepped care*-model en als gespreksmodel.

Als *stepped care*-interventiemodel vormt PLISSIT binnen het multidisciplinair team het kader wat van welke discipline in de organisatie wordt verwacht als het gaat om seksualiteitsvraagstukken. De visie die hieruit voortvloeit, in lijn met de brede visie op PLISSIT die bij Madorsky & Dixon gevonden wordt, heeft geresulteerd in een concrete beschrijving van aandachtsgebieden en taken per aanwezige discipline volgens de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (het ICF-model). Van alle therapeutische disciplines in het revalidatiecentrum wordt verwacht dat zij permissie bieden en signalen herkennen en oppakken die kunnen wijzen op vragen of zorgen omtrent seksualiteit. Verder wordt verwacht dat men, binnen de grenzen van de eigen basisdiscipline, beperkte, algemene informatie kan verstrekken. Vervolgens kan bijvoorbeeld van revalidatieartsen en continëntieverpleegkundigen, maar ook van fysio- en ergotherapeuten worden verwacht dat zij binnen hun discipline specifieke suggesties kunnen bieden bij een individuele casus. Van de seksuologen wordt verwacht dat zij, binnen de beperkingen van de revalidatiesetting, intensieve therapie kunnen bieden. De eerder genoemde bevindingen in het AGIS-project geven daarvan het belang aan (Rutgers Nisso Groep, 2007).

Als gespreksmodel geeft PLISSIT vorm aan wat misschien wel het meest unieke is van het Sophia-model: kennismakingsgesprekken die de seksuoloog voert met alle residentiële patiënten, op enig moment tijdens hun opname. Naar ons weten gebeurt dit in geen enkel ander Nederlands of Vlaams revalidatiecentrum.

Kennismakingsgesprekken: structureel & proactief

Alle residentiële patiënten ontvangen na drie of meer weken opname een uitnodiging voor kennismaking met de seksuoloog. Patiënten die daarom vragen worden uiteraard eerder of ad hoc ingepland. Patiënten zien op hun therapieooster het gesprek aangekondigd, wat meestal eerst bevreemding wekt en vaak aanleiding vormt tot grapjes. De verpleegkundigen geven op de afdeling uitleg over de reden voor de afspraak, iets wat zij met toewijding en overtuiging doen. Patiënten mogen uiteraard het gesprek weigeren. In de praktijk gaat naar schatting ruim 95% van patiënten het gesprek wel aan.

Deze kennismakingsgesprekken zijn stevig verankerd in de visie van Sophia Revalidatie: seksualiteit maakt een integraal onderdeel uit van het menselijk leven, ook in geval van ziekte of handicap. Revalidatie krijgt vorm vanuit een holistische, bio-psycho-sociale mensvisie, waarin er logischerwijs ook plaats is voor aandacht voor seksuologische vraagstukken. Aandacht

voor seksualiteit zonder dat dit grondig is geïnstitutionaliseerd blijft echter altijd kwetsbaar en kan gemakkelijk verdwijnen wanneer 'iedereen' verantwoordelijkheid draagt voor het onderwerp. Reden te meer dat Sophia Revalidatie structurele en proactieve aandacht voor seksualiteitsvraagstukken heeft geformaliseerd in de klinische fase door middel van deze kennismakingsgesprekken.

De juiste toon

In een structurele en proactieve aanpak is het zaak om 'de juiste toon' te vinden in het bespreekbaar maken van seksualiteit. Zowel de directe manier ("Hoe is het met uw seksleven?") als de afwachtende manier (medewerker wacht tot patiënt spontaan zelf begint) worden als contraproductief gezien (Bender, 2008, Jaarsma, 2010). Ook de populaire benadering ("Seks is natuurlijk supertof en we spreken er allemaal open over") werkt doorgaans averechts, omdat niet iedereen makkelijk met iedereen over seks kan en wil praten (Bender, 2008, Jaarsma, 2010). Benaderingen waar meer succes van mag worden verwacht zijn onder andere de geleidelijke benadering (van algemeen naar specifiek) (Jaarsma 2010) en de benadering van sterke waarschijnlijkheid (onderzoeksdata worden genoemd met de vraag of de patiënt zich hierin herkent) (Bender, 2008).

Gespreksopbouw

De kennismakingsgesprekken kennen eveneens een opbouw volgens het PLISSIT-model (Mercer, 2008).

De seksuoloog opent het kennismakingsgesprek met legitimering van de uitnodiging (Permission). Hij vertelt kort de visie van Sophia en benoemt gelijktijdig de mogelijke weerstand tegen het feit dat de patiënt ongevraagd een afspraak met de seksuoloog voorgeschoteld heeft gekregen.

Vervolgens draait de seksuoloog de aandacht naar de patiënt met de vraag hoelang men nu in de kliniek verblijft en hoe het nu met de patiënt gaat. Met verreweg de meeste patiënten ontstaat dan een persoonlijk, reflectief gesprek over het revalidatieproces waarin men zich bevindt. Meestal verweeft de patiënt spontaan zijn/haar antwoord op de enige vraag die expliciet in het kennismakingsgesprek gesteld moet worden: "Zijn er wat u betreft vragen of zorgen over relaties, intimiteit of seksualiteit, die u wilt bespreken?" Er zijn vervolgens twee scenario's op deze vraag mogelijk:

1. De patiënt verwoordt, al dan niet met hulp van de seksuoloog, zijn of haar vragen of zorgen op seksueel gebied. Vervolgens ontwikkelt het gesprek zich met instemming van de patiënt tot een diagnostisch interview en wordt een behandelrelatie gestart. Hierbij doorloopt het gesprek feitelijk alle fasen van het PLISSIT-model.
2. De patiënt geeft geen vragen of zorgen aan. Vervolgens vraagt de seksuoloog instemming om enige informatie te geven over veel voorkomende vragen of zorgen ten aanzien van de seksualiteit bij

het specifieke ziektebeeld / aandoening van de betreffende patiënt. Wanneer de patiënt instemt geeft de seksuoloog kort wat informatie. Limited Information wordt op deze manier proactief gegeven. De ervaring leert dat deze aanpak goed aansluit bij toch latent aanwezige vragen (waar de seksuoloog op basis van kennis van de medisch status al rekening mee houdt) en op deze manier een preventieve werking heeft. Het kan heel wat gepieker voorkomen wanneer er normaliserend is gesproken over veel voorkomende veranderingen in de relatie en seksualiteit. De patiënt kan op basis hiervan alsnog een vraag of zorg uitspreken, of het gesprek kan de waarde hebben van erkenning geven aan gevoelens van rouw om verlies van seksualiteit, dan wel tevreden terugkijken 'dat het mooi is geweest'.

De seksuoloog geeft tenslotte aan dat de patiënt, wanneer er in een later stadium alsnog vragen of zorgen rijzen, via de verpleging een nieuwe afspraak kan laten inplannen. Ook vertelt de seksuoloog dat tijdens een eventueel poliklinisch vervolg ook een beroep kan worden gedaan op de seksuoloog.

Essentieel in deze benadering is dat de seksuoloog betrouwbaar en consistent is in zijn houding en dus niet onaangekondigd of zonder toestemming alsnog intieme vragen gaat stellen. De seksuoloog respecteert het zwijgen van de patiënt, ook wanneer men gelet op diens medische status problemen op seksueel gebied kan voorspellen. Het is belangrijker dat de patiënt na het gesprek de kamer met een goed gevoel verlaat, in plaats van dat hij/zij zich overhoord of uitgevraagd voelt. Deze aanpak kan bovendien bijdragen aan positieve beeldvorming rond de seksuoloog onder residentiele patiënten en maakt de gang naar de seksuoloog in een later stadium gemakkelijker.

Het verder uitvragen (scenario 1), met instemming van de patiënt, van seksuele klachten of zorgen geschiedt op basis van het Bio-Psycho-Sociaal-model (Almas & Landmark, 2010). Ook wordt het Quantum-model van Schnarch, dat zich goed leent voor het inzichtelijk maken van de veranderingen die patiënt ervaart, frequent toegepast. Aan de hand van de resultaten kan de seksuoloog reeds enkele specifieke suggesties doen (Specific Suggestions), die afgestemd zijn op de aard van de klacht, de aard van de aandoening en fase in het revalidatieproces. Diagnose overstijgende psycho-educatie (als vorm van Limited Information) kan hierbij prima samengaan met diagnose specifieke psycho-educatie (als vorm van Specific Suggestions).

Tenslotte kan uit het kennismakingsgesprek een behandelcontact (Intensive Therapy) voortkomen, dat desnoods de resterende opname kan duren en tijdens de poliklinische fase kan worden voortgezet of kan resulteren in verwijzing naar seksuologische zorg buiten Sophia Revalidatie.

Borging van structurele en proactieve aandacht in beschreven werkwijzen

Wie in de bedrijfsdocumentatie van Sophia Revalidatie rondneust op de zoekterm 'seksualiteit' vindt tal van beleidsstukken. Momenteel zijn de diverse zorgpaden en protocollen, als exponenten van kwaliteitszorg en verantwoording aan de diverse stakeholders (zoals Inspectie Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en cliëntenraad) het meest van belang. Hoewel dus stevig geborgd in allerlei beleidsdocumenten, vergt het seksualiteitsbeleid blijvend onderhoud en dient het bij elke nieuwe interne en externe ontwikkeling weer expliciet gemaakt te worden.

Daarbij komt dat een seksualiteitsbewuste bejegening altijd onderhoud behoeft, net als ieder andere basisattitude. De seksuologen moeten flexibel en snel kunnen inspelen op scholingsvragen, met name als het gaat om vaardigheidstraining in het signaleren van hulpvragen, het bespreekbaar maken van seksualiteit en het omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Het laatste is zeker bij de groep patiënten met Niet Aangeboren Hersenletsel een terugkerende puzzel, waarbij alleen specifieke kennis kan helpen te differentiëren of sprake is van een behoeftesignaal, slechte manieren of provocatie, imponeergedrag of van (seksuele) ontremming.

Privacy

Het feit dat de seksuoloog integraal deelneemt aan de rapportagesystematiek kan ook gezien worden als een element van borging. Er bestaat echter een spanningsveld bij de seksuoloog tussen enerzijds voldoende openheid geven in de rapportage naar het team over de inhoud van het behandelcontact en de gegeven adviezen, en anderzijds het respecteren en waarborgen van de privacy van de patiënt. Hierbij dient ook in ogenschouw te worden genomen dat ook de meeste teamleden niet gediend zijn van het moeten lezen van details uit het seksleven van patiënten, maar dat zij tegelijkertijd wel goed op de hoogte willen zijn van wat de seksuoloog feitelijk doet. In die zin heeft de 'zichtbaarheid' van de seksuoloog een motiverende waarde om het seksualiteitsbeleid uit te voeren. Daar waar multidisciplinair gewerkt wordt is openheid noodzakelijk, juist ook over de aard van de problematiek. Dit kan echter in het geval van de seksuologie de privacy van de patiënt schaden. Sophia Revalidatie werkt sinds 2014 met een elektronisch patiëntendossier waarin de seksuologen naast de openbare decursus ook een afgeschermd decursus kunnen bijhouden. Om de revalidatiearts als eindverantwoordelijke voor de behandeling te faciliteren, heeft deze als enige naast de seksuoloog toegang tot de afgeschermd decursus.

Tenslotte nog een opmerking over het feit dat de kennismakingsgesprekken door een gekwalificeerde seksuoloog worden uitgevoerd, wat ook als een element van borging beschouwd mag worden. Het voordeel van de inzet van een gecertificeerd seksuoloog,

die zowel simpele zorgen als complexe vragen met- een kan oppakken en een behandelrelatie kan starten, weegt op tegen de inzet van bijvoorbeeld een gespecialiseerd verpleegkundige die, naast haar reguliere werkzaamheden aan het bed, bij specifieke seksuologische behandelvragen alsnog zal moeten verwijzen naar de seksuoloog. Het legitimeren van aandacht voor seksualiteitsvraagstukken wordt bovendien bevestigd door de expliciete aanwezigheid van en kennismaking met de seksuoloog. Er is door Sophia bewust gekozen voor de inzet van een volwaardig seksuoloog (NVVS-registratie als vereiste) om enerzijds kwaliteit in het zorgaanbod te bieden en anderzijds via de expliciete benaming van seksuoloog aandacht voor seksualiteitsvraagstukken te rechtvaardigen (iets wat voor een functionaris uit een andere discipline, die 'het erbij doet' veel moeilijker is). Simpelweg het feit dat patiënten het expliciete woord "seksuoloog" op hun rooster vinden, nodigt hen al uit om na te denken of zij op dat gebied vragen of zorgen hebben.

Slotbeschouwing

Uit bovenstaande mag blijken dat Sophia Revalidatie deskundige en laagdrempelige seksuologische hulpverlening biedt die aansluit bij de vragen, zorgen en de behoeften van patiënten. In de literatuur vonden we aanwijzingen die onze visie ondersteunen om het Sophia-model als een vorm van *good practice* te zien. Het Sophia-model bewijst naar onze mening dat structurele en proactieve aandacht voor seksualiteit mogelijk is en dat seksuologie een legitieme positie in kan nemen binnen de kaders van de revalidatiegeneeskunde.

In antwoord op de vraag die Jim Bender 10 jaar geleden stelde, kunnen wij nu melden: Ja, het kan!

Literatuur

- Almås, E., & Landmark, B. (2010). Non-pharmacological treatment of sexual problems: A review of research literature 1970–2008. *Sexologies* 19, 4, 202–211.
- Annon, J. (1976). The behavioural treatment of sexual problems: Brief therapy. New York: Harper & Row.
- Annon, J. (1975). The behavioural treatment of sexual problems: Intensive therapy. Honolulu, HI: Enabling Systems.
- Bender, J.L. (2008). Praten over seksualiteit. In W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt, N. van Son-Schoones (Red), *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: van Gorcum.
- Bender, J.L. (2005). *Is revalidatie aan seks toe? Een blauwdruk voor de seksuologische hulpverlening in de revalidatiesetting*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bender, J.L. (2003). Seksualiteit, chronische ziektes en lichamelijke beperkingen: Kan seksualiteit gerevalideerd worden? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 169–177.
- Gott, M., & Hinchliff S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Family Practice Journal* 20, 690–695.
- Hayter, H. (2009). Commentary on Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stomas. *Journal of Clinical Nursing* 18, 89–98.
- Jaarsma, T. E., Steinke, E., & Gianotten, W.L. (2010). Sexual problems in cardiac patients; How to assess, when to refer. *Journal of cardiovascular nursing*, 25, 159–164.
- Kedde, H., & van Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self image of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24, 53–68.
- Kedde, H. (2013). Sexual health of people with disability and chronic illness. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Madorsky, J.G.B., & Dixon, T.P. (1983). Rehabilitation aspects of human sexuality. *The Western Journal Of Medicine*, 139, 174–176.
- Marsden, R., & Botell, R. (2010). Discussing sexuality with patients in a motor neurone disease clinic. *Nursing Standard*, 25, 40–46.
- Marwick, C. (1999). Survey says patients expect little physician help on sex. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 2173–2174.
- McCabe, M.P., & Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behaviour*, 32, 359–369.
- McLeod, D.L., & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: Who is asking? *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23, 197–201.
- Mercer, B. (2008). Interviewing people with chronic illness about sexuality: An adaptation of the PLISSIT model. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 341–351.
- Rostamkhani F., Jafari F., Ozgoli G., & Shakeri M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 1, 139–46.
- Rutgers Nisso Groep. (2007). *Seksuologische Gezondheidszorg voor mensen met chronische ziekten en lichamelijke beperkingen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Schnarch, D. (1991). *Constructing the sexual crucible*. New York: Norton.
- Yarbro, C.H., Wujcik, D., & Holmes Gobel, B. (2010). *Cancer Nursing: Principles and practice, seventh edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett.

Summary

"Yes, sex can be rehabilitated!" Sexology in Rehabilitation Centre Sophia The Hague, The Netherlands, as an example of good practice.

This article describes the Sophia-model for rehabilitation sexology and reflects 20 years of experience and development within Sophia Rehabilitation Center in The Hague, The Netherlands. There are a number of basic premises in the Sophia-model, which makes it a unique approach and a good practice. Sexuality is not limited to sexual function. Following the ICF model, the Sophia-model addresses problems with sexual activities and social-sexual participation. It is a stepped care approach, based on the PLISSIT model. Sexuality is a theme that is integrated in the rehabilitation care and characterized by a structural and pro-active approach. A good example of this is the meeting of all clinical patients with the sexologist 3 weeks after being admitted. This is intended to offer primary prevention of sexual problems, using the first 2 levels of the PLISSIT model; permission and limited information. The sexologist is part of the multidisciplinary rehabilitation team. The sexologist offers suggestions for practical difficulties and intensive treatment when a patient experiences serious sexual difficulties. Other disciplines may be involved in a treatment process, pragmatically applying their unique expertise to help address a patient's sexual difficulties. This approach has been designed to support patients in preserving the value of sexuality and intimate relationships in their lives.

Keywords: Physical Rehabilitation Centre, sexuality, sexology, disability, PLISSIT

Trefwoorden: Revalidatiecentrum, seksualiteit, seksuologie, lichamelijke beperking, PLISSIT