

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 12-08-2021 om 09:18. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/seksuele-disfuncties>

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

Zorgstandaard

Seksuele disfuncties

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Introductie	6
2. Samenvatting	8
2.1 Samenvatting	8
2.1.1 De stoornis	8
2.1.2 De epidemiologische kenmerken	9
2.1.3 Vroege onderkenning en preventie	9
2.1.4 Diagnostiek	9
2.1.5 Behandeling en begeleiding	10
2.1.6 Herstel, participatie en re-integratie	11
2.1.7 Organisatie van zorg	11
3. Visie op zorg: gezondheid als perspectief	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich	13
3.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact	13
3.4 Gepast gebruik van labels	14
3.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken	14
3.6 Samenwerken aan zorg en herstel	14
4. Inleiding	16
4.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	16
4.1.1 Zorgstandaard	16
4.1.2 Generieke module	16
4.1.3 Richtlijn	16
4.1.4 Deze zorgstandaard	16
4.2 Patiënt- en familieparticipatie	17
4.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	17
4.4 Betrokken organisaties en procedure	17
4.5 Verantwoording	18
4.6 Uitgangspunten	19
4.6.1 Algemeen	19
4.7 Leeswijzer	19
5. Over seksuele disfuncties	21
5.1 Over seksuele disfuncties	21
5.1.1 Kenmerken of symptomen van seksuele disfuncties	21
5.1.2 Prevalentie	23
5.1.3 Seksuele respons en etiologie van seksuele stoornissen	25
5.1.4 Seksuele grensoverschrijding	26

5.1.5 Diversiteit op basis van gender, cultuur, leeftijd of seksuele oriëntatie	28
5.1.6 Prognose en beloop	36
5.1.7 Het scala van lichte tot intensieve behandelingen	36
5.1.8 Veel voorkomende comorbiditeit	36
5.1.9 Kwaliteit van bestaan en maatschappelijke gevolgen van de stoornis	38
5.2 Doelstelling van de standaard	39
5.3 Doelgroep van de standaard	39
6. Zorg rondom seksuele disfuncties	41
6.1 Inleiding	41
6.1.1 Kernelementen van goede zorg	43
6.2 Vroege onderkenning en preventie	44
6.2.1 Vroege onderkenning	44
6.2.2 Preventie	45
6.3 Diagnostiek en monitoring	47
6.3.1 Diagnostiek	47
6.3.2 Onderscheid in ernst en complexiteit van de problematiek	54
7. Individueel zorgplan en behandeling	56
7.1 Zelfmanagement	56
7.2 Behandeling en begeleiding	59
7.2.1 Psycho-educatie (Permission en Limited Information)	60
7.2.2 Specifieke Suggesties	61
7.2.3 Intensieve therapie	61
7.2.4 Biopsychosociale behandeling	68
7.2.5 Online behandeling bij jongvolwassenen	69
7.3 Monitoring	69
8. Herstel, participatie en re-integratie	71
8.1 Inleiding	71
8.2 Herstel en herstelgericht werken	71
8.2.1 Herstel	71
8.2.2 Herstelgericht werken	72
8.2.3 Inventariseren en monitoren van functioneren	72
8.3 Participatie en re-integratie	73
9. Generieke modules	75
9.1 Diversiteit	75
9.2 Zelfmanagement	75
9.3 eHealth	75
9.4 Bijwerkingen	75
9.5 Comorbiditeit	75

9.6 Psychische klachten in de huisartsenpraktijk	76
9.7 Vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen	76
9.8 Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)	76
9.9 Psychotherapie	76
9.10 Ouderen met psychische aandoeningen	76
10. Organisatie van zorg	78
10.1 Inleiding	78
10.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	78
10.2.1 Echelonering en gepast gebruik	78
10.2.2 Regiebehandelaar	79
10.2.3 Overdracht en consultatie	79
10.2.4 Informatie-uitwisseling	80
10.2.5 Toegankelijkheid	80
10.2.6 Keuzevrijheid	81
10.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	82
10.2.8 Privacy	83
10.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	83
10.3.1 Het zorgpad bij seksuele disfuncties	83
10.3.2 Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners	85
10.3.3 Rechten van de patiënt	86
10.3.4 Competenties van de zorgverlener	86
10.4 Kwaliteitsbeleid	87
10.4.1 Kwaliteitsstatuut	87
10.4.2 Deskundigheidsbevordering	88
10.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	88
10.5.1 Systematische review kosteneffectiviteit en budget impact analyse	88
10.6 Financiering	89
10.6.1 Algemeen	89
10.6.2 Specifiek	89
11. Kwaliteitsindicatoren	91
11.1 Inleiding	91
11.2 Uitkomstindicatoren	92
11.2.1 Inleiding	92
11.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	93
11.2.3 Specifieke instrumenten	94
11.2.4 Generieke instrumenten	96
11.3 Procesindicatoren	101
11.4 Structuurindicatoren	101
12. Implementatieplan	102

12.1 Kwaliteitsstandaarden	102
12.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	103
12.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	104
12.4 Bestaande afspraken	104
12.5 Algemene implementatie thema's	105
12.5.1 Bewustwording en kennisdeling	105
12.5.2 Samenwerking	106
12.5.3 Capaciteit	107
12.5.4 Behandelaanbod	108
12.5.5 Financiering	108
12.5.6 ICT	110
12.6 Specifieke implementatie thema's	110
12.6.1 Bewustwording en kennisdeling	110
12.6.2 Samenwerking	111
12.6.3 Capaciteit	111
12.6.4 Behandelaanbod	111
12.6.5 Financiering	112
12.6.6 ICT	112
13. Achtergronddocumenten	113
13.1 Samenvatting survey cliëntenparticipatie	113
13.2 Samenstelling werkgroep	114
13.3 Knelpunten, uitgangsvragen en methode	115
13.4 Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse	117
13.5 Relevante documenten en websites	123

1. Introductie

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

1.1 Introductie

[Seksuele disfuncties](#) zijn stoornissen die het vermogen om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren, belemmeren. Uit onderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat seksuele klachten [veel voorkomen](#):

- ongeveer 27% van de vrouwen heeft één of meerdere seksuele disfuncties;
- ongeveer 19% van de mannen heeft één of meerdere seksuele disfuncties.

Seksuele problematiek wordt vaak niet gesignaleerd en onvoldoende adequaat behandeld. Het gaat daarom vaak om verborgen problemen, waar patiënten veel last van kunnen hebben. Of mensen met seksuele klachten hulp zoeken hangt samen met hoeveel last zij ervan hebben en met of zorgverleners oog hebben voor seksualiteit en er actief naar vragen. De ervaring leert dat veel professionals echter zelden naar seksueel functioneren vragen.

De zorgstandaard

Met implementatie van de zorgstandaard Seksuele disfuncties kan de (h)erkenning, diagnostiek en behandeling van mensen met seksuele klachten en disfuncties worden verbeterd. Zo vind je in de standaard voorbeelden van vragen die je kan stellen om seksuele klachten te bespreken met de patiënt en voorbeeldvragen voor de anamnese.



(Zie onder andere het beeldverhaal : "[Seksualiteit in de praktijk](#)" voor meer informatie over de zorgstandaard)

2. Samenvatting

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

2.1 Samenvatting

Van deze zorgstandaard kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. De stoornis
2. De epidemiologische kenmerken
3. Vroege onderkenning en preventie
4. Diagnostiek
5. Behandeling en begeleiding
6. Herstel, participatie en re-integratie
7. Organisatie van zorg

2.1.1 De stoornis

Seksuele disfuncties zijn stoornissen die het vermogen om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren belemmeren. De meest voorkomende zijn:

- verminderd seksueel verlangen (bij mannen);
- erectiestoornis (bij mannen);
- premature (voortijdige) zaadlozing (bij mannen);
- geremde zaadlozing of anorgasmie (bij mannen);
- seksuele interesse/opwindingsstoornis (bij vrouwen);
- genitopelviene pijn/penetratiestoornis (bij vrouwen);
- orgasmestoornis (bij vrouwen);
- seksuele disfunctie door een (genot)middel of medicatie (bij mannen en vrouwen);
- seksuele aversiestoornis (in de DSM-5 geschaard onder 'andere gespecificeerde seksuele disfunctie') (bij mannen en vrouwen).

Daarnaast kan het gaan om klachten die niet in de DSM-5, maar wel elders in de literatuur beschreven worden. Bij **mannen** bijvoorbeeld om klachten waarbij er geen zaadlozing plaatsvindt (anejaculatie) of plaats lijkt te vinden (retrograde ejaculatie), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is (pijnlijke ejaculatie of orgasme), of waarbij ejaculatie voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (post-orgasmic illness syndrome). Bij **vrouwen** kan er sprake zijn van ongewenste genitale opwinding in de afwezigheid van seksuele interesse en verlangen (stoornis met persistente genitale opwinding), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is, of het orgasme voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (tegenwoordig samengevat als post-orgasmic illness syndrome).

Seksuele problematiek wordt vaak niet gesignaleerd en onvoldoende adequaat behandeld. Het gaat daarom vaak om verborgen problematiek, waar patiënten veel last van kunnen ondervinden. Het doel van de zorgstandaard is om (h)erkenning, diagnostiek en behandeling van mensen met seksuele klachten en disfuncties te optimaliseren.

2.1.2 De epidemiologische kenmerken

Uit vragenlijstonderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat seksuele klachten veel voorkomen. In totaal heeft 19% van de mannen en 27% van de vrouwen een of meerdere seksuele disfuncties. Of mensen met seksuele klachten hulp zoeken, hangt zowel samen met de last die zij van hun klachten ondervinden, als met de mate waarin zorgverleners bij diagnostiek en behandeling oog hebben voor seksualiteit en actief te vragen naar seksuele klachten.

2.1.3 Vroege onderkenning en preventie

De ervaring leert dat veel professionals in de anamnese wel naar seksuele traumata vragen, maar zelden naar seksueel functioneren. Het is altijd van belang om ook seksualiteit en seksueel functioneren te bevragen of te benoemen in een anamnese of behandeling. Wacht niet tot de patiënt zelf een seksuele klacht ter sprake brengt, maar neem bij elke patiënt een proactieve houding aan, ongeacht diens leeftijd en culturele achtergrond. De volgende formuleringen kunnen hierbij helpen:

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Is dat bij u ook het geval?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- In hoeverre heeft u daar last van?
- Wilt u hier hulp voor?

Preventie

Seksuele gezondheidsbevordering kan veel klachten voorkomen en bestaande klachten verbeteren. Het heeft vier doelen:

1. positieve gezondheid (voorlichting over seksuele en relationele vorming);
2. primaire preventie (voorlichting, campagnes);
3. secundaire preventie (herkennen van signalen die kunnen duiden op problemen);
4. tertiaire preventie (voorlichting over seksualiteit bij ziekte en/of behandeling zoals medicatie, chirurgie, chemo- en radiotherapie).

2.1.4 Diagnostiek

Aandachtspunten

- Vrijwel altijd spelen somatische, psychische én contextuele factoren een rol.
- In veel gevallen is sprake van meer dan 1 seksueel probleem (vooral bij vrouwen) en in de

klinische praktijk kan vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende disfuncties.

- Seksuele disfuncties veranderen in de tijd vaak van karakter.
- Betrek zo mogelijk ook de partner bij de diagnostiek.

Anamnese

Vraag bij de anamnese naar de volgende aspecten:

- Wat is het probleem?
- Hoe ernstig is de klacht?
- Hoe is het beloop in de tijd?
- Wat is de rol van de partner?
- Is er sprake van lichamelijke en/of psychische comorbiditeit?
- Is er sprake van middelengebruik? (medicijnen, alcohol, roken, andere genotsmiddelen)
- Gebruikt de patiënt anticonceptie?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen ten aanzien van eventuele behandeling?

Bij de intake door zorgverleners binnen de ggz kan gebruik gemaakt worden van vragenlijsten over seksuele disfuncties.

Medisch-seksuologisch onderzoek

- Overweeg of en wanneer er medisch-seksuologisch onderzoek uitgevoerd moet worden. Dit onderzoek kan bestaan uit lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of psychofysiologisch onderzoek.
- Realiseer u dat een genitaal onderzoek een emotioneel belastende situatie kan zijn, waarin bij de onderzochte gevoelens van machteloosheid en controleverlies kunnen overheersen. Verder zijn er onder patiënten met seksuele klachten relatief veel mensen met een traumatische seksuele ervaring in de voorgeschiedenis. Voor deze groep patiënten brengt elk genitaal onderzoek het risico van herbeleving, dissociatie en retraumatisering mee. Het belangrijkste bij lichamelijk onderzoek is dat een situatie wordt gecreëerd waarbij de onderzochte een gevoel van controle over de situatie heeft en waarin zijn of haar grenzen worden gerespecteerd en bewaakt

2.1.5 Behandeling en begeleiding

Bij de opstelling van een behandelplan kan worden gekozen uit het geven van informatie en advies, psychologische interventies en/of biomedische interventies. Als een seksuele disfunctie zich voordoet binnen een partnerrelatie, wordt bij voorkeur ook de partner betrokken.

PLISSIT-model

Uitgangspunt voor de behandeling is PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapie).

Stap 1 - Permission & Limited Information. Psycho-educatie. Met psycho-educatie krijgt de patiënt informatie over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van het seksuele probleem. Deze informatie kan al direct voor een positief therapeutisch effect zorgen. Psycho-educatie wordt gezien als een belangrijke eerste stap in het therapeutisch proces.

Stap 2 - Specifieke Suggesties. Specifieke Suggesties op de persoon en diens context toegesneden interventies. Enkele voorbeelden van specifieke suggesties zijn: aanpassing van de seksuele stimulatie, vrijen op een ander tijdstip (bij vermoeidheid) of het aanpassen van de coïtushouding, of niet coïtus-gericht vrijen.

Stap 3 - Intensieve Therapie. Wanneer intensievere behandeling aangewezen is, bijvoorbeeld bij een ernstige stoornis met psychische, somatische en/of relationele comorbiditeit, zijn zowel psychologische als medicamenteuze interventies mogelijk. Ook kan een combinatiebehandeling gestart worden (door een of meerdere zorgverleners). Intensieve therapie bevat meestal ook ingrediënten van de vorige twee beschreven PLISSIT-stappen, gericht op voorlichting over hoe seks 'werkt' (juiste kennis over anatomie en fysiologie; voor het optreden van een seksuele respons (opwinding, verlangen, orgasme) zijn altijd adequate seksuele prikkels nodig, etc.)

Behandeling van specifieke disfuncties

De behandeling van seksuele disfuncties in een biopsychosociaal kader bestaat uit een combinatie van psychologische en somatische (medicamenteuze) behandelvormen. In de zorgstandaard wordt de behandeling per seksuele disfunctie beschreven.

2.1.6 Herstel, participatie en re-integratie

Mensen met een seksuele disfunctie kunnen, naast lijdensdruk door de stoornis, in bredere zin beperkingen ervaren in hun emotioneel en relationeel functioneren. Seksualiteit is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven.

Hoewel seksuele disfuncties over het algemeen geen invloed hebben op dagelijkse activiteiten, zoals bij andere psychische problemen, kan herstel ook bij seksuele disfuncties om meer gaan dan alleen het reduceren van de lijdensdruk.

2.1.7 Organisatie van zorg

Van elke zorgverlener mag worden verwacht dat hij of zij seksuele klachten signaleert, bespreekbaar maakt, en waar nodig eenvoudige informatie geeft. Het is belangrijk dat professionals getraind worden in vaardigheden die nodig zijn voor het bespreken van het thema seksualiteit.

In de huisartsenzorg kunnen huisartsen (soms gecombineerd met de POH-GGZ en/of zorgverlener die ervaring heeft met of gespecialiseerd is in seksuele klachten) en, bij jongeren tot 25 jaar, de GGD (Sense) in eerste instantie enkelvoudige seksuele problemen behandelen. De GGD kan ingezet worden op het terrein van voorlichting en preventie en waar nodig seksuele gezondheidsbeleid ontwikkelen binnen instellingen.

Het diagnostisch onderzoek kan, afhankelijk van de klacht en indicatie, worden gedaan door een huisarts, arts- seksuoloog NVVS, gynaecoloog, uroloog of een bekkenfysiotherapeut. Daarnaast kan laboratoriumonderzoek en psychofysiologisch onderzoek gedaan worden.

In het algemeen zal bij enkelvoudige seksuele disfuncties verwezen worden naar een zorgverlener in de vrijgevestigde generalistische basis ggz. De patiënt zal de hulp in dat geval wel zelf moeten betalen. Bij (ernstige) psychische comorbiditeit kan verwezen worden naar een multidisciplinair seksuologisch team in een ggz-instelling (generalistische basis ggz of gespecialiseerde GGz), danwel naar een professioneel netwerk van (vrijgevestigde) behandelaren. Bij (ernstige) somatische comorbiditeit kan verwezen worden naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum.

3. Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

3.1 Inleiding

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke-, professionele- en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

3.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Machteld Huber. (2014). Proefschrift 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food'.

Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat primair om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naaste(n) en hun draagkracht om de meest passende weg te vinden richting herstel.

3.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen

worden? De patiënt blijft de aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering.

Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) één van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naastbetrokkenen zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

3.4 Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

3.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoordde zorgzaamheid' gezien worden.

3.6 Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naastbetrokkenen nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basisggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naastbetrokkenen en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naastbetrokkenen zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten

naasten: Patiënten- en familieorganisaties binnen MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen Landelijk Platform GGz) hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

. Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

4. Inleiding

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

4.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

4.1.1 Zorgstandaard

Een zorgstandaard is een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde, zorg aan mensen met een bepaalde stoornis, gebaseerd op actuele en zo mogelijk wetenschappelijke inzichten. Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement gedurende het complete zorgcontinuüm, met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (incl. meetinstrumenten). Een zorgstandaard wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Het is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen, en beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde stoornis minimaal moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject. In een concrete situatie kan een zorgverlener van de standaard afwijken, mits dit beredeneerd en na zorgvuldige afweging gebeurt, en in samenspraak met de patiënt.

4.1.2 Generieke module

In een generieke module staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevant zijn voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts een bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'.

4.1.3 Richtlijn

In een richtlijn staan aanbevelingen voor verbetering van kwaliteit van zorg, meestal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

4.1.4 Deze zorgstandaard

In DSM-IV-TR waren seksuele disfuncties, parafiele stoornissen en genderdysforie terug te vinden in het hoofdstuk Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen. In DSM-5 zijn deze onderwerpen ondergebracht in aparte hoofdstukken. Parafiele stoornissen zijn beschreven in de zorgstandaard Parafiele en hyperseksuele stoornissen. Voor genderdysforie wordt verwezen naar de

in 2017 verschenen [kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg](#).

4.2 Patiënt- en familieparticipatie

Voor de ontwikkeling van deze zorgstandaard is een werkgroep geformeerd met vertegenwoordigers van diverse relevante beroeps- en patiëntenorganisaties. Om het patiëntenperspectief voldoende te waarborgen was Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid vertegenwoordigd in de werkgroep. Seksuele disfuncties kunnen zeer divers van aard zijn. Bovendien gaat het om problematiek waar mensen niet makkelijk voor uitkomen. Om die reden waren niet patiënten met alle mogelijke disfuncties in de werkgroep vertegenwoordigd.

Om wat meer inzicht te krijgen in het patiëntenperspectief is medio 2016 een survey uitgezet onder mensen met een seksuele disfunctie, die is ingevuld door 28 personen die behoefte hebben aan en/of ervaring hebben (gehad) met zorg. In de survey werden ervaringen met het zoeken en het krijgen van zorg bevraagd. Hoewel de survey door een beperkt aantal mensen is ingevuld, kwam toch het beeld naar voren dat zorgverleners volgens patiënten niet altijd beschikken over voldoende begrip, kennis, aandacht en/of tijd voor seksuele klachten, waardoor deze onbesproken blijven of er niet adequaat wordt gehandeld of doorverwezen. Deze en andere resultaten van de survey zijn verwerkt in deze zorgstandaard; een korte samenvatting is terug te lezen in [Samenvatting survey cliëntenparticipatie](#).

4.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

Deze zorgstandaard hangt samen met deze zorgstandaarden: [Parafiele en hyperseksuele stoornissen](#) en de zorgstandaarden [Depressieve stoornissen](#), [Angstklachten en angststoornissen](#) en [Persoonlijkheidsstoornissen](#).

Deze zorgstandaard hangt samen met de generieke modules [Diversiteit](#), [Zelfmanagement](#), [eHealth](#), [Bijwerkingen](#), [Comorbiditeit](#), [Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#), [Vroege opsporing psychische klachten en aandoeningen in de volwassen bevolking](#), [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#), [Psychotherapie](#) en [Ouderen met psychische aandoeningen](#).

Voor een uitwerking per standaard zie ook [Generieke modules](#).

Voor de organisatie van zorg is er samenhang met de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#).

4.4 Betrokken organisaties en procedure

De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van bij de zorg voor mensen met seksuele disfuncties betrokken partijen. Naast de werkgroep zijn adviseurs betrokken die in de consultatieronde de gelegenheid hebben gekregen om de concept zorgstandaard te becommentariëren (zie ook [Samenstelling werkgroep](#)).

4.5 Verantwoording

De laatste decennia is de definitie van de World Health Organisation (WHO) voor seksuele gezondheid leidend voor beleid in vele landen. De laatste werkdefinitie uit 2002 is nooit definitief vastgesteld en internationaal is er kritiek op deze definitie. Daarom wordt seksuele gezondheid in deze zorgstandaard analoog aan de nieuwe definitie van gezondheid

Bron: Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Academisch proefschrift.

als volgt gedefinieerd: 'Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

Bron: Leusink, P. & Ramakers, M. (2014). Handboek seksuele gezondheid. Assen: van Gorcum.

Hiermee wordt de aandacht verlegd van een kennelijk absoluut en objectief gedefinieerde 'staat van seksueel welbevinden' naar een proces waarin een ieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen maakt binnen de eigen wensen. Met seksuele aanpassingen worden bedoeld al die gedragingen, gedachten of ervaringen met betrekking tot seksualiteit waarbij een individu (proactief of reactief) reageert op zijn omgeving. Hiermee is er ruimte voor seksuele diversiteit. Daarnaast is het 'recht op seksualiteit' (recht op veilige en plezierige seksuele ervaringen zonder discriminatie, dwang en geweld) een zeer belangrijk basisrecht dat is beschreven in het 'Charter on Sexual and Reproductive Rights' ontwikkeld door de [International Planned Parenthood Federation](#). Mannen en vrouwen hebben het recht om zich goed te voelen en seksuele gezondheid maakt daar integraal onderdeel van uit.

Seksuele gezondheid is dus niet alleen gericht op het behalen van einddoelen (bijvoorbeeld verminderen van ongewenste zwangerschap, soa, hiv), maar ook op het proces van vergroten van capaciteiten, competenties en tevredenheid over persoonlijke en/ of interactionele doelen (zoals het ervaren van seksueel plezier).

Deze zorgstandaard is gebaseerd op de volgende bronnen:

Basisbronnen:

- De NHG-Standaard Seksuele klachten en de literatuur die bij de totstandkoming van deze Standaard is gebruikt. De NHG-Standaard is gebaseerd op een uitgebreide literatuursearch (tot zomer 2013). Bij de selectie van literatuur is gebruik gemaakt van de EBRO-methode. Omdat het werk aan de onderhavige Zorgstandaard begon op het moment dat de NHG Standaard net uit was, was een nieuwe literatuursearch overbodig.

- Lankveld, J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Grauvogl, A. & Lankveld, J. van (2015). Seksuele disfuncties bij mannen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 605-620).
- Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 621-639).

Bovenstaande 4 basisbronnen zijn aangevuld met:

- Nieuwe of aanvullende literatuur aangedragen door de topicgroep.
- Informatie uit de praktijk via de professionals en de patiënten in de topicgroep.
- Informatie van patiënten uit de survey patiëntenparticipatie.

Zie voor meer informatie over dit proces [Knelpunten, uitgangsvragen en methode](#).

4.6 Uitgangspunten

4.6.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

4.7 Leeswijzer

Vanwege de leesbaarheid wordt in deze zorgstandaard overal de term 'patiënt' gehanteerd, ook voor mensen zonder een stoornis maar met seksuele klachten en/of een hoog risico op het ontwikkelen van een stoornis. Als het gaat over een patiënt in het algemeen wordt 'hij' gehanteerd, bij specifieke problemen voor vrouwen is de patiënt een 'zij'.

5. Over seksuele disfuncties

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

5.1 Over seksuele disfuncties

5.1.1 Kenmerken of symptomen van seksuele disfuncties

Seksuele disfuncties zijn stoornissen die het vermogen om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren belemmeren. Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e editie (DSM-5) moeten de klachten minstens 6 maanden aanwezig zijn en moet er sprake zijn van klinisch significant lijden om van een stoornis te mogen spreken.

Bron: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.

Er worden acht seksuele disfuncties onderscheiden, vier bij mannen, drie bij vrouwen en één bij zowel mannen als vrouwen:

Seksuele disfuncties bij mannen

- Verminderd seksueel verlangen: aanhoudende of terugkerende verstoring of afwezigheid van seksuele of erotische gedachten of fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.
- Erectiestoornis: tenminste een van de volgende drie symptomen wordt ervaren in bijna alle of alle (ongeveer 75-100%) seksuele situaties:
 - problemen om een erectie te krijgen tijdens seksuele activiteit;
 - problemen om een erectie te behouden tot het einde van de seksuele activiteit;
 - afname in rigiditeit van de erectie.
- Premature (voortijdige) zaadlozing: aanhoudend of herhaaldelijk optreden van de ejaculatie binnen een minuut na penetratie en voordat de persoon dit wenst.
- Geremde zaadlozing of anorgasmie: tenminste een van de volgende symptomen wordt ervaren in bijna alle of alle (ongeveer 75-100%) seksuele situaties, zonder dat de persoon de ejaculatie wenst uit te stellen:
- vertraging van de ejaculatie (hiervoor zijn geen strikte richtlijnen);
- onregelmatig ejaculeren of uitblijven van de ejaculatie.

Seksuele disfuncties bij vrouwen

- Seksuele interesse/opwindingsstoornis: een duidelijke vermindering van seksuele belangstelling en/of opwinding zoals blijkt uit minstens drie van de volgende kenmerken:
 - afwezige/verminderde interesse in seksuele activiteit;
 - afwezige/verminderde seksuele /erotische gedachten of fantasieën;

- geen/verminderd initiatief tot seksuele activiteit en meestal niet ontvankelijk voor het initiatief van de partner;
- afwezige/verminderde seksuele opwindingsplezier tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle (ongeveer 75%-100%) seksuele situaties;
- afwezige/verminderde seksuele interesse/opwindingsplezier in reactie op interne of externe seksuele/erotische prikkels;
- afwezige/verminderde genitale of niet-genitale sensaties tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle (ongeveer 75%-100%) seksuele situaties.
- Genitopelviene pijn/penetratiestoornis: aanhoudende of terugkerende moeite met ten minste een van het volgende:
 - vaginale penetratie tijdens gemeenschap;
 - vulvovaginale of onderbuik pijn tijdens vaginale penetratie;
 - angst of vrees voor vulvovaginale of onderbuikpijn in anticipatie op, tijdens, of als gevolg van vaginale penetratie;
 - duidelijke spanning in of aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens pogingen tot vaginale penetratie.
- Orgasmestoornis: aanzienlijk vertraagd of zeer vaak of altijd afwezig orgasme, en/of aanzienlijke vermindering van de intensiteit van de orgastische sensaties.

Seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen

Bij zowel vrouwen als mannen kan er sprake zijn van:

- Seksuele disfunctie door een (genot)middel of medicatie, waarbij er sprake is van klinisch significante verstoring van het seksueel functioneren waarbij:
- de symptomen tijdens of snel na intoxicatie of ontwenning of na starten van de medicatie zijn opgetreden;
- het middel of medicatie in staat is om de ervaren symptomen te veroorzaken.

Seksuele aversiestoornis

Vanwege de onduidelijke diagnostische criteria is de seksuele aversiestoornis geheel uit de DSM-5 verdwenen. In deze zorgstandaard wordt wel aandacht aan seksuele aversie besteed. Aanleiding hiervoor is dat seksuele aversie relatief vaak door vrouwen wordt gerapporteerd (4.5%).

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschrift voor Seksuologie, 36(2), 98-108.

Het onderscheid tussen seksuele interesse/opwindingsstoornis en seksuele aversie is bovendien van belang bij diagnostiek en behandeling. Seksuele interesse/opwindingsstoornis wordt gekenmerkt door het afwezig zijn van belangstelling in seks terwijl seks op zich wel als plezierig kan worden beleefd; seksuele aversie wordt gekarakteriseerd door het ervaren van negatieve emoties zoals walging en angst in seksuele situaties, en het om deze reden vermijden daarvan.

DSM-5 criteria

Om aan de DSM-criteria van een specifieke seksuele disfunctie te voldoen mogen de klachten niet het gevolg zijn van inadequate seksuele stimulatie, of veroorzaakt worden door een andere mentale stoornis of medisch probleem, klachten in de relatie of andere stressoren. In de anamnese is de rol van inadequate stimulatie vaak moeilijk vast te stellen en worden relatieproblemen door patiënten zelf niet altijd onderkend. Ook al is er strikt genomen geen sprake van een (individuele) seksuele disfunctie als de seksuele stimulatie (al dan niet in relatie tot andere stressoren) inadequaat is, inadequate stimulatie is vaak wel een van de belangrijke oorzaken voor een seksuele klacht en is daarmee een belangrijke focus van behandeling [zie Tabel 3.1]. De seksuele klacht kan al vanaf de eerste seksuele ervaring aanwezig zijn (primair) of ontstaan na een periode van relatief normaal functioneren (secundair). Daarnaast kan het probleem zich tijdens elke vorm van seksuele activiteit voordoen (gegeneraliseerd) of slechts in bepaalde situaties (situatief). Een persoon kan meerdere seksuele disfuncties hebben.

Als er volgens de criteria van de DSM-5 geen sprake is van een seksuele stoornis of disfunctie, wil dat niet zeggen dat mensen geen probleem met seks kunnen hebben. Mensen melden zich meestal niet met een seksuele disfunctie of stoornis, maar met klachten, een probleem of een vraag bij de huisarts. Hierbij wordt niet altijd voldaan aan de DSM-5 criteria voor een seksuele disfunctie, reden waarom in de NHG Standaard Seksuele klachten deze criteria niet worden gebruikt. Toch is er wel sprake van een seksueel probleem waarvan de patiënt hinder kan ondervinden. Zorgverleners in de ggz kunnen seksuele klachten die zorgen voor aanzienlijke last maar niet (volledig) voldoen aan de DSM-5-criteria voor een seksuele disfunctie, scharen onder het kopje 'andere gespecificeerde seksuele disfunctie' (bijv. seksuele aversie) of 'ongespecificeerde seksuele disfunctie'.

Zowel bij mannen als bij vrouwen kan er sprake zijn van klachten die niet in de DSM-5, maar wel elders in de literatuur beschreven worden. Bij mannen kan dit bijvoorbeeld gaan om klachten waarbij er geen zaadlozing plaatsvindt (anejaculatie) of plaats lijkt te vinden (retrograde ejaculatie), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is (pijnlijke ejaculatie of orgasme), of waarbij ejaculatie voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (post-orgasmic illness syndrome); bij vrouwen kan er sprake zijn van ongewenste genitale opwinding in de afwezigheid van seksuele interesse en verlangen (stoornis met persistente genitale opwinding), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is, of het orgasme voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (tegenwoordig samengevat als post-orgasmic illness syndrome).

Bron: McCabe, M.P. et al (2015). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine.

5.1.2 Prevalentie

Er zijn over het algemeen meer gegevens beschikbaar over de prevalentie van seksuele disfuncties bij mannen dan bij vrouwen. Het is bovendien moeilijk om uitkomsten van verschillende (internationale) studies met elkaar te vergelijken omdat seksuele disfuncties op verschillende manieren worden vastgesteld (mate van ervaren hinder wordt bijvoorbeeld niet altijd meegenomen), er verschillende onderzoeksgroepen worden gebruikt (bijvoorbeeld onder de algemene bevolking of

in een klinische context), en deelnemers vaak verschillen in leeftijd, medische geschiedenis en socio-economische en culturele achtergrond. Het algemene beeld dat uit de beschikbare literatuur naar voren komt laat zien dat stoornissen in verlangen en opwinding bij vrouwen het meest voorkomen; bovendien zijn er veel vrouwen die meerdere seksuele disfuncties hebben. Bij mannen komen erectieproblemen en vroegtijdige ejaculatie het meest voor. Bij mannen is minder vaak sprake van comorbide seksuele disfuncties dan bij vrouwen.

Uit vragenlijstonderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat seksuele klachten veel voorkomen.

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschrift voor Seksuologie, 36(2), 98-108.

In totaal heeft 19% van de mannen en 27% van de vrouwen een of meerdere seksuele disfuncties. Het probleem dat door de mannen het meest wordt genoemd is het voortijdig orgasme (10%), gevolgd door erectieproblemen (8%) en problemen met de subjectieve seksuele opwinding (5%). Bij vrouwen zijn lubricatieproblemen (het onvoldoende vochtig worden van de vagina) de meest voorkomende klacht (12%), gevolgd door orgasmeproblemen (11%) en problemen met de subjectieve seksuele opwinding (10%). Vijf procent heeft dyspareunie en eveneens 5% heeft vaginisme; 4,5% ervaart seksuele aversie en 3% geeft aan verminderd seksueel verlangen te hebben. Van de mensen met een seksuele disfunctie heeft 39% van de mannen en 46% van de vrouwen twee of meer seksuele disfuncties. Disfuncties komen vaker voor bij mannen en vrouwen van 15-24 jaar, en bij vrouwen met een hoog opleidingsniveau. Doorgaans komen seksuele disfuncties bijna twee keer zo vaak voor indien mensen gedurende hun jeugd fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt in vergelijking met mensen zonder seksueel geweldervaring.

Bij niet-westerse Nederlanders van 15 tot 40 jaar is de prevalentie van seksuele disfuncties volgens ditzelfde vragenlijstonderzoek ongeveer even hoog als in de totale populatie Nederlanders, namelijk 19% van de mannen en 27% van de vrouwen. De prevalentie van seksuele klachten bij niet-westerse Nederlanders boven de 40 is niet bekend. Een speciale groep zijn vrouwen die vrouwelijke genitale verminking hebben ondergaan; zij hebben een grote kans op seksuele problematiek.

grote kans op seksuele problematiek.: NVOG, 2010

[Meer informatie](#)

Onderzoek laat zien dat ongeveer een vijfde van de mannen en vrouwen met een seksuele disfunctie in het jaar voorafgaand behoefte had aan hulp. Minder dan de helft van hen kreeg die hulp ook. Er zijn aanwijzingen voor sekseverschillen in behoefte aan hulp bij specifieke problemen. Zo lijkt bij mannen de behoefte aan hulp het grootst bij erectieproblemen en orgasmeproblemen, terwijl bij vrouwen de behoefte aan zorg het grootst is bij problemen met seksueel verlangen of verschil in

verlangen tussen vrouw en mannelijke partner en pijn bij het vrijen.

Of mensen met seksuele klachten hulp zoeken, hangt zowel samen met de last die zij van hun klachten ondervinden, als met de mate waarin zorgverleners bij diagnostiek en behandeling oog hebben voor seksualiteit en actief te vragen naar seksuele klachten.

Bron: Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Patiraki, E. (2009). Nurses; knowledge, attitudes and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive Cancer Care*, 17, 479-501.

Sung, S.C. & Lyn Y.C. (2012). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33, 498-503

Het verschil tussen de prevalentie van klachten en hulpzoekgedrag komt waarschijnlijk omdat patiënten en zorgverleners het lastig vinden om seksuele klachten bespreekbaar te maken. Zorgverlener en patiënt verwachten vaak dat de ander het gesprek erover begint. Schaamte speelt bij beiden een rol. Zorgverleners hebben daarnaast te weinig tijd of zijn er niet in getraind. Soms hebben patiënten en/of hun naasten weinig vertrouwen in een oplossing, bijvoorbeeld in het geval van medicatie of psychologische behandeling. De lijdensdruk is niet altijd zo groot dat een patiënt moeite doet om een oplossing te zoeken.

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 98-108.

Een gebrek aan vergoeding door de zorgverzekeraar kan een extra drempel vormen voor het zoeken van hulp (zie ook Financiering). Bovendien kunnen seksuele klachten en problemen ter sprake komen in het kader van (chronische) problemen, waarbij ze niet altijd als afzonderlijk probleem worden geregistreerd en gecodeerd.

5.1.3 Seksuele respons en etiologie van seksuele stoornissen

Seksualiteit is een biopsychosociaal fenomeen: er is altijd sprake van een samenspel tussen lichamelijke, psychische en sociale/relatieve factoren. De seksuele respons (seksuele opwinding en verlangen, orgasme) is het resultaat van een samenspel tussen een gevoelig seksueel responsstelsel en stimuli die als seksueel betekenisvol geïnterpreteerd worden. De gevoeligheid van het seksuele stelsel voor seksuele prikkels wordt onder andere bepaald door neurotransmitters (met name dopamine en serotonine) en hormonen (met name testosteron) en door eerdere ervaringen dat seksuele activiteit leidt tot een seksuele beloning (zoals opwinding, nabijheid, orgasme). Seksuele opwinding en verlangen ontstaan als adequate seksuele prikkels, zowel extern (visueel, tactiel of auditief) als intern (fantasieën of herinneringen), het seksuele responsstelsel

activeren in een geschikte seksuele context, met mogelijkheden tot seksuele expressie.

Bron: Laan, E. & Both, S. (2008). What makes women experience desire? Feminism and Psychology, 18, 505-514.

Zin en opwindning zijn hiermee het gevolg van de interactie tussen een seksueel gevoelig systeem en (gedachten aan) seksuele prikkels in een belonende context.

Zowel bij mannen als bij vrouwen zijn de veranderingen in de geslachtsorganen bij seksuele opwindning het gevolg van vasocongestie: een ophoping van bloed doordat de aanvoerende bloedvaten zich verwijden en de afvoerende vaten zich vernauwen. Genitale opwindning komt bij de man tot uiting in erectie van de penis, bij vrouwen in zwelling van de clitoris en lubricatie van de vagina. De clitoris wordt ten onrechte nog wel eens gereduceerd tot het uitwendig zichtbare bobbeltje aan de bovenkant van de vulva. In werkelijkheid strekt zij zich uit van het uitwendige deel (de glans) via het inwendige onder de huid voelbare staafje (de corpus) richting schaambeen, naar de zachte (bulbi) en harde (crura) zwellichamen die zich als een hoefijzer om de plasbuis en vagina plooiën. Genitale opwindning is niet hetzelfde als het subjectief beleven van opwindning. Wel vallen deze 2 bij mannen vaker samen dan bij vrouwen.

Bron: Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumière, M.L., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. Archives of Sexual Behavior, 39, 5-56

Het orgasme kenmerkt zich door contracties van het gladde spierweefsel van de bekkenbodemspieren en genitalia (epididymis, zaadleiters en zaadblaas of baarmoeder, eileiders en para-urethrale klieren) die intens (kunnen) worden gevoeld en gevolgd worden door een periode van ontspanning. Bij mannen valt het orgasme doorgaans samen met de zaadlozing.

Aan seksuele disfuncties kunnen meerdere factoren ten grondslag liggen. Het is daarom waarschijnlijk juister te spreken over predisponerende (voorbestede) factoren, luxerende (uitlokkende) factoren en instandhoudende factoren dan over oorzaken in engere zin; zie de tabel Voorbeelden etiologische en onderhoudende factoren bij seksuele disfuncties voor voorbeelden van factoren die zowel predisponerend, luxerend als instandhoudend kunnen zijn.

5.1.4 Seksuele grensoverschrijding

Veel mensen hebben ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, variërend van ongewenste aanrakingen, tot aanranding en verkrachting (seksueel geweld). In Nederland heeft 40% van de vrouwen en 13% van de mannen van 15 tot 70 jaar ooit minstens een grensoverschrijdende ervaring meegemaakt; 14% van de vrouwen en bijna 2% van de mannen heeft ooit geslachtsgemeenschap tegen de wil meegemaakt (verkrachting). Negatieve seksuele ervaringen kunnen leiden tot lichamelijke en psychische klachten, waaronder posttraumatische stress-stoornis

(PTSS), en kunnen gevolgen hebben voor seksueel functioneren. Vrouwen en mannen die in hun jeugd seksueel misbruik hebben meegemaakt (bij seksueel misbruik heeft het slachtoffer een afhankelijkheidsrelatie met de dader), hebben twee keer vaker seksuele problemen.

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschrift voor Seksuologie, 36(2), 98-108.

Vrouwen hebben vaker orgasmeproblemen, weinig subjectieve opwindning en lubricatieproblemen, mannen hebben vooral erectieproblemen, voortijdig orgasme en problemen met de subjectieve seksuele opwindning. Zelfs eenmalige verkrachting kan leiden tot blijvende seksuele problematiek, vaak in combinatie met aan het trauma gerelateerde bekkenbodemovertactiviteit,

Bron: Postma, R., Bicanic, I., van der Vaart, H., & Laan, E. (2013). Pelvic floor problems mediate sexual problems in young adult rape victims. Journal of Sexual Medicine, 10, 1978-1987.

ook na succesvolle behandeling voor een posttraumatische stressstoornis. Dat impliceert dat naast traumabehandeling ook expliciet aandacht besteed moet worden aan de seksuele gevolgen van trauma. Verklaringen voor seksuele problemen bij slachtoffers van seksueel geweld en seksueel misbruik zijn gevoelens van angst en walging door herinneringen aan het trauma tijdens seks, schuld en schaamte, gebrek aan vertrouwen in zichzelf en anderen, vermijden van intimiteit, depressies en angststoornissen, dissociatie en - vooral bij mannen - alcoholmisbruik. Bekkenbodemovertactiviteit als (emotionele) beschermingsrespons kan de seksuele klachten in stand houden.

Bron: Velde, J. van der, Laan, E., & Everaerd, W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction: An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion inducing film excerpts in women with and without vaginismus. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 12, 328-331.

Slachtoffers kunnen seks gaan mijden, maar hebben anderzijds ook juist vaak (risicovolle) seks.

Bron: Bicanic, I.A.E., Engelhard, I.M., & Sijbrandij, M. (2014). Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. Prevalentie en behandeling. Gedragstherapie, 47(4), 256-274.

Dit kan komen doordat slachtoffers het gevoel hebben dat ze geen controle hebben in een seksuele

interactie, hun grenzen niet goed kunnen bewaken, en vaak een negatief zelfbeeld hebben, zeker als het seksueel geweld in de jeugd heeft plaatsgevonden. Seksualiteit kan de betekenis van intimiteit en lust hebben verloren, maar vaak de enige manier van contact met een ander zijn geworden.

Lichamelijk	Psychologisch	Relatieeel	Seksueel	Sociaal
Urogenitale problematiek (gynaecologisch, urologisch, dermatosen, infecties)	Stemming (depressie, woede)	Verschillen in wensen en verwachtingen	Inadequate stimulatie (seksuele prikkels)	Sociaal demografische factoren (i.e. geslacht, burgerlijke staat)
Cardiovasculaire aandoeningen	(Faal-) Angst (bijv. voor pijn/erectieverlies)	Gebrek aan communicatie over wensen en grenzen	Beperkt seksueel (erotisch) repertoire	Alcohol, roken, drugs en andere leefstijl factoren (overgewicht, weinig bewegen)
Neurologisch/zenuw schade	Stress	Relatieproblemen	Prestatiegerichte seksuele activiteit	Major life events
Endocriene ziekte/hormoondeficiënties (o.a. diabetes, late onset hypogonadisme)	Voorgeschiedenis van geestelijk, lichamelijke en/of seksueel misbruik / negatieve seksuele ervaringen	Kinderwens	Seksuele klachten bij partner	Sociaal isolement
Medicatiegebruik	Disfunctionele cognities (belemmerende negatieve gedachten)		Irreële verwachtingen (mythes)	Onwetendheid/gebrek een kennis
Behandeling (chirurgie, bestraling bekkengebied, chemotherapie)	Negatief zelf- of lichaamsbeeld			Repressieve culturele of religieuze waarden en normen
Veroudering	Persoonlijkhedsproblematiek			Omgevingsfactoren: geen partner; geen geschikte, rustige plek; angst gezien of gehoord te worden.

5.1.5 Diversiteit op basis van gender, cultuur, leeftijd of seksuele oriëntatie

Gender

In het algemeen zijn vrouwen zich minder bewust van hun lichamelijke seksuele responsen (zoals het opzwellen en vochtig worden van de vulva) dan mannen.

Bron: Laan, E., Everaerd, W., & Both, S. (2005). Female sexual arousal disorders. In R. Balon & R.T. Segraves, (Eds.). Handbook of sexual dysfunctions (pp. 123-154). New York: Marcel Dekker Inc.

Ze gaan eerder uit van de seksuele context (de omgeving) en de kwaliteit van de seksuele prikkel(s), en letten er minder op of zij lichamelijk gezien voldoende opgewonden zijn om vaginale penetratie mogelijk te maken. Bij seksuele klachten die zich met name binnen een relatie voordoen zijn vrouwen er dan ook vaak bij gebaat om te leren wat de fysiologische voorwaarden zijn voor plezierige seks. Veel vrouwen met dyspareunie zijn zich er bijvoorbeeld niet van bewust dat te snel overgaan tot penetratie kan leiden tot pijn. Seksuele pijnklachten (oppervlakkige dyspareunie) komen dan ook vaak voor (zie [Prevalentie](#)). Zo heeft 11% van de jonge vrouwen onder de 25 jaar zeer regelmatig of altijd pijn bij de gemeenschap, en slechts een minderheid van 43% vrijt altijd pijnloos. Pijn is voor vrouwen dus vaak geen reden om te stoppen met gemeenschap. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat vooral de wens om een 'normale vrouw' te zijn die in staat is coitus te hebben ten grondslag ligt aan het doorgaan met pijnlijke gemeenschap.

Bron: Elmerstig, E., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 34, 82-90.

Daarnaast worden seksuele assertiviteit en autonomie nog steeds als onvrouwelijk ervaren, waardoor zij niet snel prioriteit geven aan hun eigen seksuele plezier en orgasme tijdens het vrijen met een partner. Mogelijk vanwege de nadruk op coitus als belangrijkste vorm van heteroseksuele seks hebben vrouwen ook minder kans dan mannen om een orgasme te ervaren tijdens het vrijen met hun partner. Zo'n 90% van heteroseksuele mannen komt altijd klaar tijdens vaginale penetratie, terwijl dat slechts voor zo'n 30% van heteroseksuele vrouwen geldt.

Bron: Lloyd, E.A. (2005). *The case of the female orgasm: Bias in the science of evolution*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Uit representatief Nederlands onderzoek blijkt dat vrouwen minder vaak dan mannen aangeven te genieten van seks, en de prevalentie van seksuele stoornissen is hoger voor vrouwen dan voor mannen.

Bron: Graaf, H. de (2012). Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 87-97.

Cultuur

De religieuze en culturele achtergrond van de patiënt zijn van belang om seksueel gedrag, houding en beleving beter te begrijpen. Ook kan iemands religieuze en culturele achtergrond aanleiding zijn tot vooroordelen bij zowel de zorgverleners als patiënt. Bij het bespreken van seksualiteit is het raadzaam cultuur en religie te betrekken zonder in stereotypering te vervallen.

Het westers hulpverleningsmodel veronderstelt enige mate van gelijkwaardigheid. In sommige niet-westerse culturen wordt echter vanuit een autoritair-hiërarchisch model gedacht waarbij de patiënt de zorgverlener niet tegenspreekt. Als een patiënt uit een dergelijke cultuur steeds akkoord gaat met hetgeen de zorgverleners voorstelt, terwijl dat binnen diens cultuur niet toepasbaar of realiseerbaar, is de kans aanwezig dat adviezen niet worden gevolgd.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Om de betekenis van de culturele achtergrond voor de patiënt in het gesprek te betrekken kunnen de volgende tips behulpzaam zijn:

Bron: Leusink, P. & Ramakers, M. (2014). Handboek seksuele gezondheid. Assen: van Gorcum.

- Wanneer de seksuele klacht als een lichamelijk symptoom beschreven wordt, kan het zinvol zijn om eerst in te gaan op de lichamelijke klacht. Sluit medische oorzaken uit en bied pas daarna een psychologische aanpak aan.
- Stel je open en nieuwsgierig op: stel belangstelling in de culturele (seksuele) gewoontes en opvattingen en vraag of de patiënt zich hiermee al of niet verwant voelt. Interesse wordt in het algemeen meer gewaardeerd dan veronderstellingen.
- Wees respectvol voor de normen en waarden van anderen én stel de eigen professionele deskundigheid hier tegenover: geef dezelfde informatie die ook aan een autochtone patiënt(e) wordt gegeven.
- Vraag eerst naar feiten, daarna naar meningen en pas daarna naar gevoelens.
- Zorg zo nodig voor een professionele tolk en gebruik om redenen van privacy geen familielid of bekende als tolk.
- Ga na of het geslacht van de zorgverlener een rol speelt in het consult of bij een verwijzing.
- Vraag regelmatig of de informatie over en weer goed wordt begrepen.

Leeftijd

Seksualiteit lijkt voor de huidige generatie ouderen belangrijker geworden dan voor de generaties voor hen, omdat ze langer leven, langer gezond blijven en ook beter opgeleid zijn en mede daardoor beter dan voorgaande generaties geïnformeerd zijn over dit onderwerp. De 70-jarigen van nu hebben de seksuele revolutie meegemaakt en groeiden op met de anticonceptiepill. Deze generatie heeft al lang geleden ontdekt dat seks een bron kan zijn van plezier en ontspanning en een bevestiging kan zijn van de eigen identiteit en van de intimiteit met de partner. Uit Zweeds onderzoek komt naar voren dat de 70-jarigen van nu seksueel actiever zijn dan de generaties voor hen.

Bron: Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ, 337, 279.

Ook binnen de ouderenpopulatie is er, net als binnen alle andere leeftijdscategorieën, een grote

diversiteit in relatievormen en seksualiteit.

Hoewel de kans op seksuele problemen met het stijgen van leeftijd toeneemt, neemt de hoeveelheid ervaren hinder hiervan na verloop van tijd juist af.

Bron: Hayes, R.D., Dennerstein, I., Bennett, C.M., Koochaki, P.E., Leiblum, S.R. & Graziottin, A. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*, 87, 107-112.

Hayes, R.D. (2008). Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health*, 5, 215-218

Meuleman E.J., Donkers L.H. Robertson C, Keech M, Boyle P, & Kiemeny LA. Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeeronderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 576-581.

Zowel bij mannen als bij vrouwen kan bij het ouder worden de genitale gevoeligheid voor seksuele prikkels afnemen. Er is meer tijd, aandacht en seksuele stimulatie nodig voor een volledige seksuele respons. Veel mensen zijn niet op de hoogte van deze normale verouderingsverschijnselen. Maar ook met dit verminderde vermogen om opgewonden te worden heeft een aanzienlijk deel van de ouderen (>65 jaar) een bevredigend seksleven.

Bron: Træen, B., Hald, G.M., Graham, C.A., Enzlin, P., Janssen, E., Lundin Kvaem, I., Carneiro, A. & Stulhofer, A. (2017). Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *International Journal of Sexual Health*, 29(1).

Ook al zijn oudere vrouwen onzekerder over hun lichaam dan mannen, ze zijn er minder onzeker over dan jongere vrouwen.

Op latere leeftijd (55 tot 75 jaar) wordt voor een grote groep ouderen intimiteit langzamerhand een belangrijker motivatie dan lust.

Bron: Graaf, H. de (2013). Van alle leeftijden. De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden. Utrecht: Rutgers WPF.

Uit een recente enquête (oktober 2017) onder 641 deelnemers (60 tot >90 jaar) aan het Ouderenpanel van het Nationaal Ouderenfonds bleek dat 86% vindt dat seksualiteit en intimiteit ook

op oudere leeftijd bijdraagt aan de kwaliteit van leven. De aard van de seksuele behoeftes lijkt over de jaren te verschuiven van gemeenschap en seksuele handelingen gericht op orgasme naar knuffelen, aanraken, tegen elkaar aanliggen en zich verbonden voelen. Bijna 80% van deze onderzoeksgroep had behoefte aan meer intimiteit, een op de tien zou vaker seksueel actief willen zijn.

een op de tien zou vaker seksueel actief willen zijn.: Nationaal Ouderen Fonds, 2017
[Meer informatie](#)

Het verlies van de partner is hierbij een belangrijke factor.

Bron: Radosh A. & Simkin, L. (2016). Acknowledging sexual bereavement: a path out of disenfranchised grief. *Reproductive Health Matters*, 24, 25-33.

Omdat de man:vrouw ratio voor 80-plussers 37:67 bedraagt treft eenzaamheid en gebrek aan mogelijkheden voor intimiteit en seksualiteit vooral vrouwen. Naarmate de leeftijd vordert neemt het aantal seksueel inactieve mensen toe.

Bron: Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *The BMJ*, 340, c810.

Van de Nederlanders tussen de 55 en 64 jaar gaf 87% van de mannen en 69% van de vrouwen aan in het afgelopen half jaar seks te hebben gehad.

Bron: Graaf, H. de (2013). Van alle leeftijden. De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden. Utrecht: Rutgers WPF.

Onder de 65- tot 70-jarigen was dit respectievelijk 82% en 54% [zie ook de generieke module Ouderenpsychiatrie, paragraaf 7.10 Generieke module Ouderen met psychische aandoeningen]. Een belangrijker factor voor leeftijdsgelateerde seksuele problemen dan de fysiologie van veroudering zijn medische aandoeningen en interventies. Op 75-jarige leeftijd heeft 75% van de ouderen een of meer chronische ziekten, zie ook [Veel voorkomende comorbiditeit](#).

Seksuele oriëntatie

Uitgaande van een grote variatie aan seksueel gedrag is het reëel bij een patiënt met een seksueel

probleem niet uit te gaan van een heteroseksuele en monogame relatie. Zeker binnen de populatie van de ggz is er een oververtegenwoordiging van mensen met een homoseksuele of biseksuele oriëntatie aangezien deze groep een verhoogde kans heeft op het hebben van een stemmingsstoornis, verslavingsproblemen en het doen van een suïcidepoging.

Bron: King M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 8,70.

Of dat betekent dat deze populatie ook vaker seksuele problemen heeft is onbekend. Omdat niet iedereen die seks heeft met een persoon van hetzelfde geslacht zichzelf homoseksueel noemt, is het vaak beter te vragen met een persoon van welk geslacht iemand seks heeft.

De uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek onder de heteroseksuele populatie kunnen niet vanzelfsprekend op de homoseksuele gemeenschap worden toegepast. Niet alleen omdat gebruikte seksuologische vragenlijsten vaak onvoldoende van toepassing zijn op mensen met een niet-heteroseksuele oriëntatie,

Bron: McDonagh, L.K., Bishop, C.J., Brockman, M., Morrison, T.G. (2014). A systematic review of sexual dysfunction measures for gay men: how do current measures measure up? Journal of Homosexuality,61(6),781-816.

maar ook omdat bijvoorbeeld mannen andere waarden toekennen aan seksuele functies afhankelijk van hun seksuele voorkeur. Heteroseksuele mannen hechten meer waarde aan controle over hun ejaculatie en homoseksuele mannen aan het erectievermogen.

Bron: Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., Long, J.S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. Archives of Sexual Behavior,34(3), 285-97.

Daarnaast hebben homoseksuele mannen een hogere kans op soa en hiv bij onbeschermd seksueel contact dan heteroseksuele mannen (de hiv-transmissiekans is bij heteroseksuele vrouwen weer groter dan bij heteroseksuele mannen), hebben vaker meerdere partners en vaker seks onder gebruik van geestverruimende middelen.

Bron: Vansintejan, J., Vandevoorde, J., & Devroey, D. (2013). The GAY MEN Sex StudieS: design of an online registration of sexual behaviour of men having sex with men and preliminary results (GAMESSS-study). *Central European Journal of Public Health*, 21(1), 48-53.

Dit heeft onder andere gevolgen voor het zelfbeeld, de vereiste sociale vaardigheden, de lichamelijke gezondheid en de condities waaronder seks tot stand komt. Wat betreft de disfuncties kent een probleem als erectiestoornis bij homoseksuele mannen andere in stand houdende factoren dan bij heteroseksuele mannen, bijvoorbeeld anodyspareunie (pijn bij anale penetratie) en het aannemen van een passieve dan wel actieve rol. Bij lesbische vrouwen wordt soms een zogenaamde 'beddedood' vermoed (verminderd seksueel verlangen bij beide partners), maar er zijn geen aanwijzingen dat dat regelmatig voorkomt.

Bron: Cohen, J.N., & Byers, E.S. (2014). Beyond lesbian bed death: enhancing our understanding of the sexuality of sexual-minority women in relationships. *Journal of Sex Research*, 51(8), 893-903.

Seksuele autonomie en de kans dat seksuele activiteit met een partner leidt tot een orgasme is weer groter bij lesbische vrouwen dan bij heteroseksuele vrouwen.

Bron: Rees, J.C. van, Spiering, M., & Laan, E. (2016). Orgasmeconsistentie van lesbische en heteroseksuele vrouwen tijdens partnerseks: De rol van clitorale stimulatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 40, 68-75.

Verstandelijke beperking

Bij mensen met een verstandelijke beperking verloopt de cognitieve-, lichamelijke-, sociale- en emotionele ontwikkeling vaak niet synchroon. Dit betekent dat de lichamelijke ontwikkeling normaal kan verlopen, maar dat begrip, beleving en de vorming van relaties niet in gelijke mate meegroeien.

Bron: Doorn, P. van & Visser-Korevaar, W. (2017). Seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking. In M. Höing, J. Janssen, A. Boer, & M. Liebrechts (red.), *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn* (pp. 207-220). Bussum: Coutinho.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben bijvoorbeeld moeite met het onthouden en

verwerken van informatie, taalbegrip en taalgebruik, reflecteren, leren van eerdere ervaringen, zichzelf in een ander verplaatsen, impulscontrole enzovoort. Verder zijn ze in veel opzichten afhankelijk van anderen, wat de autonomie en weerbaarheid, en een gevoel van zelfvertrouwen niet ten goede komt. Ook hun sociale vaardigheden zijn vaak beperkt, niet alleen vanwege hun cognitieve niveau, maar ook doordat ze weinig mogelijkheden hebben om sociale vaardigheden op te doen. Op seksueel gebied betekent dit dat ze net als ieder ander seksuele gevoelens en verlangens hebben, maar dat het verwoorden, beleven en vormgeven van seksueel gedrag problemen kan opleveren. Mannen en vrouwen met een verstandelijke beperking hebben behoefte aan seks en hebben ook seksuele ervaringen,

Bron: Siebelink, E.M., De Jong, M.D.T., Taal, E. & Roelvink, L. (2006). Sexuality and people with intellectual disabilities: Assessment of knowledge, attitudes, experiences and needs. *Mental Retardation*, 44 (4), 283-294.

maar hebben ook vaak beperkte kennis over seksualiteit en krijgen onvoldoende ondersteuning.

Bron: Kok, G., Maassen, M., Maaskant, M.A., & Curfs, L.M.G. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen: een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33(3), 199-206.

Vrouwen kunnen te maken krijgen met kinderwensproblematiek, relatieproblemen en/of ontevredenheid over de aard en frequentie van seksueel contact, bij mannen is vaak sprake van seksuele ontevredenheid en niet in de context passend seksueel gedrag.

Bron: Hehenkamp, L., & Zenderen, K. van (2015). SHVB-registratie 2011-2014. Utrecht: Rutgers WPF.

Vanwege hun kwetsbaarheid komt seksueel geweld bij mensen met een verstandelijke beperking relatief vaak voor.

Bron: Berlo W. van, De Haas, S., Van Oosten, N., Van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.

5.1.6 Prognose en beloop

Seksuele klachten kunnen spontaan of na een korte behandeling in remissie gaan. Van erectieproblemen is bekend dat, afhankelijk van het leeftijdscohort, 21%-35% spontaan in remissie gaat na resp. 7 en 10 jaar. Bij 33%-51% treedt progressie van de erectieklachten op na resp. 10 en 7 jaar.

Bron: Traviison T.G., Sand, M.S., Rosen, R.C., Shabsigh, R., Eardley, I., McKinlay, J.B. (2011). The natural progression and regression of erectile dysfunction: follow-up results from the MMAS and MALES studies. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1917-24.

Het spontane beloop van overige seksuele klachten is onbekend. Er is pas sprake van een seksuele disfunctie conform DSM-5 criteria als de klacht als last wordt ervaren, langer dan 6 maanden bestaat en minimaal in 75% van de seksuele contacten met een partner aanwezig is. De meeste seksuele klachten nemen toe met leeftijd, behalve vroegtijdige ejaculatie. De ervaren last neemt met leeftijd wel vaak af, waardoor er (in termen van DSM-5 classificatie) niet altijd meer van een disfunctie gesproken wordt. Er kan dan nog wel sprake zijn van een seksueel probleem of klacht. Bij vrouwen is er grote overlap tussen de verschillende disfuncties, terwijl klachten bij mannen zich meestal beperken tot een aspect van seksueel functioneren.

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 98-108.

Over het onbehandelde beloop van de afzonderlijke seksuele disfuncties is nog weinig bekend.

5.1.7 Het scala van lichte tot intensieve behandelingen

Behandeling bij seksuele klachten en disfuncties wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt. Dit 'matched-care' principe, waarbij de behandelmogelijkheden (variërend van eenvoudige psycho-educatie tot en met intensieve multidisciplinaire medische en psychologische behandeling) afhangen van de ernst en complexiteit van de factoren die aan het seksuele probleem bijdragen, wordt beschreven in de [Inleiding van Zorg rondom seksuele disfuncties](#).

5.1.8 Veel voorkomende comorbiditeit

Zowel bij mannen als vrouwen is sprake van een sterke comorbiditeit van seksuele disfuncties met depressieve stoornissen,

Bron: Cyranowski J.M., Frank, E., Winter, E., Rucci, P., Novick, D., Pilkonis, P.A., & Kupfer, J. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychological Medicine*, 34, 659–669.

psychotische stoornissen

Bron: Knegtering, R., Castelein, S. & Bruggeman, H. (2004). Vaak seksuele functiestoornissen door antipsychotica, vooral bij prolactineverhoging. Resultaten van een aantal vergelijkende onderzoeken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 140-146.

en middelenmisbruik. Daarnaast kunnen langdurige stress en traumatische gebeurtenissen

Bron: Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D., & Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 494-501.

zoals seksueel geweld

Bron: Bicanic, I., Snetselaar, H., De Jongh, A., & Van de Putte, E. (2014). Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 10.3402.

problemen veroorzaken met het seksueel functioneren en de seksuele interactie met de partner. Behandeling van een seksuele disfunctie kan leiden tot een vermindering van comorbide klachten, en andersom. Soms is het dus voldoende om een van de twee probleemgebieden te behandelen. Als het gaat om (seksuele) trauma's lijken aan het trauma gerelateerde seksuele problemen zich vaak niet spontaan te herstellen. Hier zijn geen systematisch verzamelde gegevens over (maar zie ook [Seksuele grensoverschrijding](#)).

Tenslotte hebben chronische ziekten en beperkingen op verschillende manieren invloed op seksualiteit.

Bron: Gianotten, W.L., Meihuizen-de Regt, M.J., van Son-Schoones, N. (2008). Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking. Assen: Van Gorcum.

- Primair: de ziekte zelf veroorzaakt een beperking in seksueel functioneren. Seksuele klachten en/of disfuncties komen bijvoorbeeld vaak voor bij cardiovasculaire ziekten, diabetes, kanker en neurologische aandoeningen (zoals MS), maar ook behandelvormen als operatie, bestraling en chemotherapie kunnen invloed hebben op het seksueel functioneren;
- Secundair: gevolgen van de ziekte, zoals vermoeidheid, pijn of het gebruik van medicatie kunnen ook rechtstreeks het seksueel functioneren beïnvloeden. De belangrijkste groepen medicatie waarbij negatieve gevolgen op het seksueel functioneren kunnen worden verwacht zijn antihypertensiva, antidepressiva, antipsychotica, hormonen, middelen tegen bemoeilijkte mictie bij mannen en anti-HIV-medicatie (zie ook [www.seksueledisfuncties.nl] voor seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen); het absolute risico is echter laag en moet niet worden overschat;
- Tertiair: gevolgen van de ziekte in een psychosociale context, zoals veranderingen in de partnerrelatie (de partner krijgt een verzorgende rol), emotionele problemen vanwege de ziekte of het minder in contact komen met mogelijke partners kunnen een negatieve invloed hebben op seksualiteit. Ook vruchtbaarheidsproblemen kunnen leiden tot comorbide seksuele problemen.

5.1.9 Kwaliteit van bestaan en maatschappelijke gevolgen van de stoornis

Seksuele gezondheid is voor veel mensen een belangrijk aspect van de algemene kwaliteit van leven, afhankelijk van geslacht, leeftijd, mate van seksuele activiteit en de mate van gezondheid.

Bron: Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D.W., Cyranowski, J.M., Hahn, E.A., Jeffery, D.D., Reese, J.B., Reeve, B.B., Shelby, R.A., & Weinfurt, K.P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650.

Seksuele klachten en/of disfuncties bij mannen en vrouwen kunnen een aanzienlijke psychologische impact hebben (zoals angst, depressie, gebrek aan zelfvertrouwen op het gebied van seks, laag zelfbeeld, verminderde kwaliteit van leven, en relationele problemen).

Bron: Balon, R. & Segraves, R.T. (Eds.) (2017). *Handbook of Sexual Dysfunctions* (pp. 123-154). New York: Marcel Dekker Inc. 2017.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat een kwart van de ernst van de psychische klachten bij zowel vrouwen als mannen door seksuele gezondheidsproblemen kan worden verklaard.

Bron: Bakker F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Seksuele gezondheid in Nederland. Utrecht: Rutgers Nisso.Groep.

Internationaal gezien vormen seksuele en reproductieve klachten 17,8% van de totale 'global burden of disease', uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years) (gerekend over de totale populatie).

Bron: Vanwesenbeeck, I. (2008). Bittere noodzaak: een essay over het maatschappelijk belang van een adequate seksuele gezondheidspolitiek. Tijdschrift voor Sociologie, 2-3, 352-371.

De gevolgen van seksueel geweld dragen daar substantieel aan bij (meer dan andere factoren, zoals middelengebruik en angststoornissen).

Ook de behandeling van patiënten met enkelvoudige seksuele disfuncties dient te geschieden door behandelaren die voldoende deskundig zijn op dit gebied. Als dit niet het geval is zal er snel sprake zijn van ondoelmatige zorg. Behandeling van enkelvoudige seksuele disfuncties komt nu alleen voor vergoeding in aanmerking indien behandeling plaatsvindt door een huisarts/POH-GGZ of een medisch specialist. Het is de vraag of zorg aan patiënten met een enkelvoudige seksuele disfunctie in deze setting voldoende effectief en doelmatig is.

5.2 Doelstelling van de standaard

Zowel mensen met seksuele klachten als zorgverleners brengen deze klachten niet makkelijk ter sprake. Hier zijn veel redenen voor: angst zich met privé zaken te bemoeien, (vermeend) tijdgebrek, gebrek aan kennis en vaardigheden, schaamte, angst als voyeur te worden gezien, of het idee dat de patiënt er zelf wel over zal beginnen als er klachten zijn. Seksuele problematiek wordt vaak niet signaleerd en onvoldoende adequaat behandeld. Het gaat daarom vaak om verborgen problematiek, waar patiënten veel last van kunnen ondervinden. Het doel van deze zorgstandaard is om (h)erkenning, diagnostiek en behandeling van mensen met seksuele klachten en disfuncties te optimaliseren (zie ook [Prevalentie](#)).

5.3 Doelgroep van de standaard

Deze zorgstandaard is gericht op professionals, patiënten en naasten en beschrijft de zorg vanuit het perspectief van patiënten met seksuele klachten of disfuncties zoals beschreven in de DSM-5, ongeacht genderidentiteit en/of seksuele oriëntatie.

Seksualiteit is een biopsychosociaal fenomeen (zie [Seksuele respons en etiologie van seksuele stoornissen](#)). Daarom kunnen patiënten met seksuele klachten en disfuncties door zorgverleners zowel in de huisartsenpraktijk als in de generalistische basis ggz (GB GGZ), de gespecialiseerde ggz (S GGz), hoogspecialistische ggz (HS GGZ) en in algemene en/of academische ziekenhuizen en

andere instellingen (gehandicaptenzorg, revalidatie-instellingen) worden gezien.

De intieme aard van veel seksuele problematiek biedt nog niet genoemde specifieke uitdagingen aan de kwaliteiten van de zorgverlener en de aard van de behandelrelatie. De aard van seksuele klachten en problemen wordt, naast psychologische, somatische, sociale en relationele factoren, ook beïnvloed door historisch en cultureel bepaalde morele oordelen over wat juist seksueel gedrag is en wat het hebben van een seksueel probleem betekent. Dat seksuele problemen vaak met schuld en schaamte zijn beladen vergt een specifieke sensitiviteit van de zorgverlener die vanuit een niet-oordelende houding, met expliciete en eenduidige vragen, probeert een helder beeld te krijgen van de aard van de gepresenteerde problemen.

De diversiteit aan seksueel gedrag is bovendien dermate groot dat de zorgverlener er goed aan doet er niet vanzelfsprekend vanuit te gaan dat de zorgvrager zich man of vrouw voelt, heteroseksueel is en een monogame relatie heeft.

Hoewel de zorgstandaarden primair bedoeld zijn voor de geestelijke gezondheidszorg, is de aanbeveling om deze zorgstandaard tevens onder de aandacht te brengen van zorgverleners die in ziekenhuizen en andere instellingen buiten de ggz betrokken zijn bij de zorg voor patiënten die last hebben van seksuele klachten of seksuele disfuncties.

6. Zorg rondom seksuele disfuncties

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

6.1 Inleiding

Binnen de seksuele gezondheidszorg wordt gestreefd naar 'zorg op maat'. Kernwoorden zijn matched-care en gepersonaliseerde zorg: niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en passend bij de individuele vraag. Bij matched-care gaat het om het in samenspraak met de patiënt afstemmen van de behandeling op patiëntvariabelen zoals ernst van het probleem, mentale vaardigheden en sociale rollen. Belangrijk is dat de patiënt meteen bij de juiste zorgverlener terecht komt en dat er niet onder- of overbehandeld wordt.

Vanwege het biopsychosociale karakter van seksuele problematiek is een uitgebreide anamnese, bij voorkeur inclusief een anamnese van de partner, nodig om zoveel mogelijk te waarborgen dat direct de juiste verwijzing tot stand komt. Daartoe dient elke zorgverlener in staat te zijn eventuele seksuele problemen aan de orde te stellen en een adequate seksuele anamnese af te nemen. Dat maakt het nodig dat kennis over het biopsychosociale model bij seksuele stoornissen in elke opleiding in de (psychologische, somatische en paramedische) zorg een integraal onderdeel van het onderwijs vormt.

Het PLISSIT-model voor seksuele stoornissen beschrijft 4 stappen (zie tabel hieronder). Deze zijn gerangschikt van beperkt naar veelomvattend in termen van omvang, duur, indringendheid, benodigde competenties van de zorgverlener en economische kosten die de hulp meebrengt. Niet alle stappen van het model hoeven echter doorlopen te worden; de zorgverlener stapt in bij de stap die matcht met de zorgvraag en behoeften van de patiënt.

Tabel. Samenvatting van diagnostiek en interventies bij seksuele disfuncties volgens het PLISSIT-model

	Proces	Verrichting	Resultaat
Stap 1 <i>Intake</i> <i>Diagnostiek</i>	Stellen diagnose Vaststellen oorzakelijke en onderhoudende factoren Vaststellen hulpvraag	Anamnese Vragenlijst (op indicatie) Lichamelijk onderzoek (op indicatie) Laboratorium onderzoek (op indicatie)	– Diagnose gesteld en omschreven in predisponerende, luserende en onderhoudende factoren – Hulpvraag is opgehelderd
	Beoordeling	Bespreken van bevindingen en behandelopties Formuleren behandelgoal(en) Vaststellen behandelplan	– Start behandeling – Verwijzing/overleg: • verwijzing arts/psycholoog-seksuoloog NVVS en/of • bij comorbide somatische problematiek: verwijzing arts en/of • bij dominante psychiatrische problematiek: verwijzing GGZ en/of • bij ernstige relatieproblemen: verwijzing relatietherapeut
Stap 2 <i>Permission</i> <i>Limited information</i>	Normaliseren Toestemmen Voorlichten	Psycho-educatie seksualiteit	– Klachten verholpen: terugvalpreventie – Klachten niet verholpen: naar stap 3
Stap 3 <i>Specific suggestions</i>	Modificatie van enkele belangrijke instandhoudende of oorzakelijke factoren bij geen of weinig comorbiditeit	Specifieke suggesties en adviezen Eenvoudige medische en/of psychologische interventies	– Klachten verholpen: terugvalpreventie – Klachten niet verholpen: naar stap 4
Stap 4 <i>Intensive therapy</i>	Modificatie van complexe met elkaar samenhangende instandhoudende of oorzakelijke factoren	Psychologische-seksuologische en/of medische-seksuologische interventies en/of Partnerrelatietherapie	– Klachten verholpen: terugvalpreventie – Klachten niet verholpen: naar stap 5
Stap 5 <i>Evaluatie</i>	Evaluatie en herformulering doelstelling	Farmacotherapie, chronisch Ondersteuning	– Klachten verholpen: terugvalpreventie – Acceptatie van de disfunctie – Start behandeling ander probleem

De eerste stap wordt aangeduid met de P van PLISSIT, die staat voor Permission. In deze stap is er een luisterend oor en wordt de vraag of klacht van de patiënt serieus genomen. Indien geen seksuele klacht wordt gepresenteerd, zal de zorgverlener proactief toestemming verlenen om het over seksualiteit te hebben door daarnaar te informeren, bijvoorbeeld met de vraag 'Bij uw klacht of aandoening zien we nogal eens seksuele klachten, hoe is dat bij u?' De zorgverlener stelt de patiënt gerust: 'Het is normaal om een dergelijk probleem te hebben', of: 'Dit probleem komt vaak voor, en hoeft geen reden voor paniek te zijn of een gevoel van hopeloosheid op te roepen'. De tweede stap, LI voor Limited Information, biedt psycho-educatie, goede aanvullende seksuele voorlichting, eventueel uitleg over anatomie of seksuele fysiologie. In de derde stap, SS voor Specific Suggestions, passen gerichte adviezen ten aanzien van de leefstijl of andere vrijetekniken, of enkelvoudige oefeningen uit het programma van de zogenoemde sensate-focus therapie. De vierde stap, IT voor Intensive Therapy, biedt ruimte voor zowel protocollaire behandelingen, zoals een volledige sensate-focus therapie die uit meer fasen bestaat en meer behandelgesprekken omvat, als voor uitgebreidere vormen van psychologische behandeling, zoals een op maat gesneden cognitieve gedragstherapie.

Van elke zorgverlener mag minstens worden verwacht dat de eerste stap wordt gezet: het bespreekbaar maken van seksualiteit. De tweede stap mag worden verwacht van huisartsen, consulenten seksuele gezondheid en POH-GGZ. De derde stap en vierde stap mag worden verwacht van zorgverleners die zich specifiek hebben geschoold in seksuologische hulpverlening (zie verder [Rechten van de patiënt](#)). Als het probleem verholpen is, volgt terugvalpreventie (TVP). TVP is een cognitief-gedragstherapeutische methodiek waarin de persoon leert om hoog risico situaties voor terugval te herkennen en daar adequaat op te reageren. De persoon leert om in deze situaties cognitief anders te reageren of om gedrag aan te passen.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Op seksueledisfuncties.nl worden de stappen van het PLISSIT-model per seksuele disfunctie weergegeven in een matrix.

6.1.1 Kernelementen van goede zorg

Diagnostiek en behandeling van seksuele disfuncties vraagt, naast de gebruikelijke kernelementen van zorg die bij elk psychologisch probleem aandacht behoeven, om specifieke voorwaarden.

Inbreng van de patiënt

De zorgverlener stelt het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Het betrekken van de partner

Omdat seksuele stoornissen zich vrijwel altijd openbaren in een relationele context is een gezamenlijk gesprek met beide partners, naast het gesprek met de patiënt alleen, meestal noodzakelijk voor probleemverheldering, probleemdefiniëring en het opstellen van het behandelplan. Niet zelden blijkt dat de patiënt percepties heeft over de gevolgen van het seksuele probleem voor de partner en voor de relatie die niet overeenkomen met datgene wat de partner denkt, voelt en vindt.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Daarnaast kan het gedrag van de partner de seksuele klacht mede in stand houden, of kan de relatiedynamiek in het algemeen invloed hebben op de seksuele klacht; ook kan de seksuele klacht van de ene partner effect hebben op het seksueel functioneren of de seksuele satisfactie van de andere partner.

Bron: Sadownik, L.A., Smith, K.B., Hui, A., Brotto, L.A. (2016). The impact of a woman's dyspareunia and its treatment on her intimate partner: A qualitative analysis. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 11,1-14.

Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E.S. et al. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571.

Het is daarom van groot belang om, als dat enigszins mogelijk is, de partner te betrekken bij de verschillende fasen in de behandeling, tenzij er gegronde redenen zijn om dat niet te doen (misbruik door partner, schaamte over misbruik in het verleden, een derde in de relatie). Vele behandelinterventies zijn interventies voor beide partners.]

6.2 Vroege onderkenning en preventie

6.2.1 Vroege onderkenning

De biopsychosociale visie op seksualiteit impliceert dat seksueel functioneren door vele facetten van het leven beïnvloed wordt. Hieronder vallen ook somatische en psychische factoren en aandoeningen. De ervaring leert dat veel professionals in de anamnese wel naar seksuele traumata vragen, maar zelden naar seksueel functioneren.

Zowel binnen de ggz als de somatische gezondheidszorg kunnen aandoeningen, maar ook de behandeling daarvan, invloed hebben op seksueel functioneren. Andersom kan seksueel (dis)functioneren ook van invloed zijn op het ontwikkelen of in stand houden van een ziektebeeld (bijv. depressie als gevolg van erectiestoornis als seks altijd belangrijk was) en op therapietrouw (bijv. het vroegtijdig stoppen van medicatie in verband met bijwerkingen voor het seksueel functioneren). Het is dus altijd van belang om ook seksualiteit en seksueel functioneren te bevragen of te benoemen in een anamnese of behandeling.

Bron: Pastoor, H. & Jedeloo, S. (2012). *ZorgBasics Seksualiteit*. Boom-Lemma: Den Haag.

Het feit dat zorgvragen rondom seksualiteit zelden direct bij de zorgverlener worden geuit betekent voor de praktijk dat de zorgverlener zich een zekere sensitiviteit voor seksuele problematiek eigen moet maken, signalen moet leren herkennen en kennis moet hebben van situaties waarin de kans op seksuele problematiek groot is. Een proactieve benadering, waarbij de zorgverlener bij elk relevant lichamelijk en/of psychisch gezondheidsprobleem ook enkele screenende vragen stelt over het seksueel functioneren, over mogelijke risico's met betrekking tot ongewenste zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen, en over mogelijke ervaringen met seksueel en/of huiselijk geweld, leidt tot verhoogde signalering van zorgvragen in verband met seksuele klachten en

disfuncties.

Bron: Bachmann, G.A., Leiblum, S.R., Grill J. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol*; 73, 425-427.

Overigens: niet iedereen met een seksuele klacht hoeft hulp te krijgen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat slechts 14% van de mensen met een seksueel probleem behoefte heeft aan zorg. In zelfrapportages komt naar voren dat anderen het probleem niet ernstig genoeg vinden of denken het zelf te kunnen oplossen. Van de groep die behoefte heeft aan zorg heeft minder dan de helft daadwerkelijk contact gehad met een zorgverlener. Dit betekent dat van alle mensen met een seksueel probleem, slechts 6% contact heeft gehad met een zorgverlener. Dat slechts een kleine groep mensen met een seksuele klacht of disfunctie hulp zoekt is jammer, want zorg kan voor velen bijdragen aan verbetering van seksueel functioneren en kwaliteit van leven. Hier ligt een belangrijke taak voor de zorgverlener.

Bron: Picavet, C., Tonnon, S., Franssens, D., & Wijsen, C. (2012). Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 3-11.

Deze moet niet wachten tot de patiënt zelf een seksuele klacht ter sprake brengt, maar moet juist bij elke patiënt een proactieve houding

proactieve houding: NHG-standaard Seksuele Klachten (eerste herziening)

[Meer informatie](#)

aannemen.

De volgende formuleringen kunnen behulpzaam zijn bij het bespreekbaar maken van seksuele problematiek:

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Is dat bij u ook het geval?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- In hoeverre heeft u daar last van?

6.2.2 Preventie

De seksuele ontwikkeling verloopt meestal in een aantal fasen: lichamelijke rijping, ontwikkeling genderidentiteit, genderrolgedrag en seksuele oriëntatie, socialisatie (seksueel gedrag binnen waardensysteem integreren) en het integreren van seksualiteit in de eigen persoonlijkheid en levensstijl. Hiervoor is een aantal voorwaarden nodig: een warme en veilige opvoedingsomgeving (integratie affectie en seksualiteit), positief voorbeeldgedrag (wensen en grenzen leren benoemen), positieve boodschappen over seksualiteit, voorlichting, en de mogelijkheid tot seksueel experimenteergedrag. Ook een intact lijf speelt hierbij een belangrijke rol: een voldoende niveau van lichamelijk functioneren (hormonaal, vasculair, neurologisch, algemene gezondheid) is vereist om een gezonde seksuele ontwikkeling door te maken. Gedurende de levensloop is het belangrijk dat opvoeders en professionals (docenten, zorgverleners) aandacht geven aan deze thema's, en dat kinderen en jongeren zoveel mogelijk in een veilige omgeving opgroeien.

Bron: Graaf, H. de, Mouthaan, I., & Doef, S. van der (2014). De seksuele levensloop. In P. Leusink, & M. Ramakers (Red), Handboek seksuele gezondheid. Assen: Van Gorcum.

Seksuele gezondheidsbevordering kent vier doelen: positieve gezondheid (voorlichting over seksuele en relationele vorming); primaire preventie (voorlichting, campagnes); secundaire preventie (herkennen van signalen die kunnen duiden op problemen) en tertiaire preventie (voorlichting over seksualiteit bij ziekte en/of behandeling zoals medicatie, chirurgie, chemo- en radiotherapie). In al deze fasen is het mogelijk om seksuele klachten te voorkomen of om bestaande klachten te verbeteren. Het is niet bekend hoeveel voorlichting er op welk moment aan wie gegeven wordt, en er zijn vele verschillende soorten professionals in allerlei soorten settings betrokken bij het geven van voorlichting.

Sinds 2012 is seksuele voorlichting op basis- en middelbare scholen en voor het speciaal onderwijs verplicht gesteld door de Minister van OC&W. Doel is grensoverschrijdend gedrag, dwang en negatieve oordelen over homoseksualiteit te voorkomen en daarnaast een positieve seksuele ontwikkeling, respectvol gedrag en weerbaarheid te bevorderen. Er is een richtlijn seksuele en relationele vorming en er zijn verschillende lespakketten ontwikkeld (zie hiervoor de website van Rutgers.nl en Rijksoverheid.nl). Er is geen toezicht op de kwaliteit van de seksuele voorlichting en weinig onderzoek over de effectiviteit van seksuele voorlichting op school. Het is moeilijk en kostbaar dit goed te onderzoeken. Van een aantal belangrijke lespakketten (zoals Lang leve de liefde en Kriebels in je buik) is wel bekend dat zij op relevante onderdelen effectief zijn. Zo zijn er bij gebruik van het pakket Lang Leve de Liefde positieve effecten gevonden op determinanten van condoomgebruik (attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, intentie) en determinanten van pilgebruik (attitude en sociale invloed), alsook soa risicoperceptie, en kennis rondom seksuele gezondheid. Effectiviteit hangt samen met het pakket op de juiste wijze gebruiken en een voorlichter (vaak een leerkracht) die het thema open durft te bespreken. Het is dus belangrijk dat professionals getraind worden in vaardigheden die nodig zijn voor het bespreken van het thema seksualiteit (zie ook [Behandeling en begeleiding](#)). Op de website seksueelgezond.nl zijn databanken te vinden met goed onderbouwde en goed beschreven interventies. Voor zorgprofessionals zijn op de website [\[www.seksindepraktijk.nl\]](http://www.seksindepraktijk.nl) tips te vinden voor het bespreekbaar maken van het onderwerp.

Bron: Leusink, P., Waart, T. van der, Segeren, C.M., & Jaarsma, T. (2016). Vragen naar de onbekende weg. De seksuele anamnese in de medische praktijk. NTVG.

Dat minder dan de helft van de mensen die behoefte heeft aan hulp in verband met een seksuele klacht of disfunctie die hulp ook krijgt, is ongewenst: zorg kan ook bij hen een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van het seksueel functioneren en de kwaliteit van leven. Hier ligt, behalve voor de politiek, een belangrijke taak voor de zorgverlener. Deze moet niet wachten tot de patiënt zelf een seksuele klacht ter sprake brengt, maar neemt bij voorkeur bij elke patiënt een proactieve houding aan, ongeacht diens leeftijd en culturele achtergrond (zie ook [Diversiteit op basis van gender, cultuur, leeftijd of seksuele oriëntatie](#)).

6.3 Diagnostiek en monitoring

6.3.1 Diagnostiek

Differentiaaldiagnostiek, comorbiditeit en beloop

Een belangrijk aandachtspunt bij de diagnostiek van seksuele disfuncties is dat, ongeacht de primaire aanleiding voor het probleem, vrijwel altijd somatische, psychische én contextuele (sociale en relationele) factoren een rol spelen bij het in stand houden ervan. Een tweede aandachtspunt is dat in veel gevallen sprake is van meer dan één seksueel probleem (vooral bij vrouwen) en dat er in de klinische praktijk vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende disfuncties. Ook hebben seksuele disfuncties de neiging in de tijd van karakter te veranderen. Zo zal dyspareunie op basis van een gebrek aan opwinding en ontspanning op termijn leiden tot verminderde zin/opwinding. Daarnaast kan het voorkomen dat een seksuele klacht ten onrechte wordt geclassificeerd als seksuele disfunctie. Een verschil in verlangen tussen twee partners kan bijvoorbeeld aangezien worden voor een seksuele interesse/opwindingsstoornis bij één van hen. Bij zowel vrouwen als mannen moet altijd rekening worden gehouden met (seksueel) trauma, hechtingsproblematiek en psychische of somatische stoornissen (zoals depressieve klachten) als belangrijke comorbide factoren bij seksuele disfuncties.

Seksuologische factoren en andere omgevingsfactoren

In de DSM-5 criteria voor seksuele disfuncties staat expliciet vermeld dat de diagnose niet gesteld mag worden als 'de klachten zijn te wijten aan seksuele stimulatie die niet voldoet in focus, intensiteit en duur'. Toch kan ook dan de hulpvraag legitiem zijn (zie ook [Kenmerken of symptomen van seksuele disfuncties](#)). Vaak wordt onvoldoende rekening gehouden met dit criterium, terwijl er bij seksuele klachten vaak sprake is van gebrek aan seksuele stimulatie en een beperkt seksueel repertoire.

Bron: Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (9), 2027-2043.

Dit komt relatief vaker voor bij mensen met een seksueel restrictieve achtergrond en is vermoedelijk ook de belangrijkste verklaring voor het feit dat seksuele klachten vaker voorkomen bij langer bestaande seksuele relaties.

Bron: McCabe, M.P., & Goldhammer, D.L. (2012). Demographic and psychological factors related to sexual desire among heterosexual women in a relationship. *Journal of Sex Research*, 49(1), 78-87.

Bij de diagnostiek van seksuele klachten moet dan ook nagegaan worden in hoeverre er (nog) sprake is van adequate stimulatie, ook omdat seksuele klachten vaak in stand worden gehouden door vermijding van seksuele situaties.

Bron: Laan, E., Everaerd, W., & Both, S. (2005). Female sexual arousal disorders. In R. Balon & R.T. Segraves, (Eds.). *Handbook of sexual dysfunctions* (pp. 123-154). New York: Marcel Dekker Inc.

Daarnaast moet er voldoende tijd en ruimte zijn voor het creëren van een stimulerende context. Vaak zal daar bewust aan gewerkt moeten worden, bijvoorbeeld als dagelijkse besommeringen rondom het werk, het gezin en sociale verplichtingen daarvoor niet veel ruimte laten.

Bron: Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 621-639).

Richtlijnen diagnostiek

Bij seksuele klachten staat een zorgvuldige anamnese centraal. Indien nodig wordt aanvullend onderzoek verricht (zie ook [Inleiding](#) en [Het zorgpad bij seksuele disfuncties](#)). Het vaststellen van een diagnose door de behandelaar wordt vanaf januari 2017 gedaan op basis van de criteria beschreven in de DSM-5. Als de seksuele klachten zich ook of voornamelijk voordoen bij het seksueel contact met de partner is het raadzaam deze bij de diagnostiek te betrekken (rekening houdend met culturele factoren, zie ook [Seksuele grensoverschrijding](#)).

Anamnese

Bij de anamnese wordt gevraagd naar de volgende aspecten:

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wat is het probleem?

- Wat zijn de kenmerken van de klacht?
- Zijn er ook situaties waarin dit probleem niet ervaren wordt (bijvoorbeeld bij masturbatie en/of partnerseks)? (gegeneraliseerd versus situationeel)
- Was dit probleem er altijd al of is het op een bepaald moment ontstaan? (primair versus secundair)
- Indien secundair: waren er lichamelijke, psychische, relationele en/of sociale omstandigheden die mogelijk van invloed zijn geweest op het ontstaan van de klacht?
- Wat is het effect van het probleem op het seksleven?
- Wat is het effect van het probleem op het welbevinden?
- Heeft de patiënt een (of meerdere) partner(s)? (Indien ja:) Wat is het effect van het seksuele probleem op de relatie(s)?
- Hoe is het beloop in de tijd?
- Is het probleem veranderd in de loop van de tijd?
- Welke gebeurtenissen, lichamelijk, psychisch, relationeel of sociaal hebben het probleem in de tijd beïnvloed?
- Waarom wordt nu hulp gezocht?
- Wat is tot nog toe ondernomen om het probleem mogelijk op te lossen?
- Wat is de rol van de partner(s)?
- Is de mening van de partner over het seksuele probleem bekend? Zijn patiënt en partner het eens over wat er aan de hand is?
- Is het seksuele probleem bespreekbaar met de partner?
- Hoe gaat de partner ermee om?
- Heeft de partner problemen met seksualiteit?
- Hoe omschrijft de patiënt de relatie?
- Is er sprake van lichamelijke en/of psychische comorbiditeit?
- Zijn er naast het seksuele probleem andere lichamelijke en/of psychische problemen?
- Zijn er trauma's in de voorgeschiedenis (al dan niet seksueel)?
- Wat is de medische en/of psychiatrische voorgeschiedenis?
- Is er sprake van middelengebruik? (medicijnen, alcohol, roken, andere genotsmiddelen)
- Gebruikt de patiënt anticonceptie?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen ten aanzien van eventuele behandeling?
- Zijn een luisterend oor, voorlichting en/of eenvoudige suggesties voor de patiënt vooralsnog voldoende, of is er een hulpvraag die seksuologische behandeling of gerichte verwijzing behoeft?
- Wat willen patiënt en partner bereiken, hebben ze hetzelfde doel?

Psychodiagnostiek

Omdat veel psychoseksuele behandelingen gebaseerd zijn op cognitief gedragstherapeutische modellen, is het maken van een functie- en betekenisanalyse van het probleem, de partner en van het systeem een belangrijk psychodiagnostisch instrument. Functie en betekenisanalyse helpen bij het expliciteren van behandeldoelen en strategieën, in termen van gewenste behandeldoelen, op individueel en op relatieniveau.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Afhankelijk van de discipline en therapeutische scholing zal de zorgverlener hiervan gebruik maken. In aanvulling op de psychodiagnostiek kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten.

Van belang in dit kader zijn ook de wensen en verwachtingen van de patiënt ten aanzien van een eventuele behandeling. Gaat het om het oplossen van het probleem of worden veranderingen van copingmechanismen en acceptatie van het probleem ook overwogen als mogelijk eindpunt van de behandeling? (bijv. seksuele problemen ontstaan door medicatie gebruik). Is het doel van de behandeling het oplossen van de seksuele disfunctie of veroorzaakt de seksuele disfunctie een ander probleem dat de hulpvraag bepaalt? (bijv. spanningen binnen de partnerrelatie door verschil in seksueel verlangen of zwangerschapswens bij vaginisme of erectiele disfuncties).

Vragenlijsten

Bij de intake door zorgverleners binnen de ggz kan gebruik gemaakt worden van vragenlijsten. Vragenlijsten over seksuele disfuncties

Vragenlijsten over seksuele disfuncties: Zie van Lankveld, Ter Kuile, & Leusink, 2010, bijlage 1, vanaf p. 191 voor een uitgebreide beschrijving; de meeste vragenlijsten zijn te vinden op de bijbehorende website Seksueledisfuncties.nl.

[Meer informatie](#)

waarvan psychometrische gegevens en normgegevens beschikbaar zijn, zijn bijvoorbeeld:

- De Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Dysfuncties (VSD) meet niet alleen of er klachten aanwezig zijn, maar ook de frequentie van deze klachten en de mate van ervaren last. Van deze vragenlijst bestaan verschillende versies: voor mannen en vrouwen, met een mannelijke partner, een vrouwelijke partner en zonder partner.
- De Female Sexual Function Index (FSFI) kan gebruikt worden voor het in kaart brengen van seksueel functioneren bij vrouwen (verlangen, opwindings, lubricatie, orgasme, tevredenheid en dyspareunie). De vragenlijst levert alleen betrouwbare normscores op bij seksueel actieve vrouwen met gemeenschap in het seksuele repertoire.
- Met de Female Sexual Distress Scale (FSDS) kan geïnventariseerd worden in hoeverre er sprake is van persoonlijk ervaren hinder omtrent seksueel functioneren bij vrouwen, en kan gebruikt worden

in combinatie met de Female Sexual Function Index. Voor de FSFI en FSDS is een gevalideerde Nederlandse vertaling beschikbaar.

- De Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) meet de meest voorkomende seksuele klachten van heteroseksuele personen met een vaste partner. Er is een aparte versie voor mannen en vrouwen. Andere vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor het inventariseren van communicatieve en oplossingsgerichte vaardigheden binnen een vaste relatie zijn de Nederlandse Relatie Vragenlijst (NRV) en de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ).
- Met de International Index of Erectile Function (IIEF) kan het seksueel functioneren bij mannen beoordeeld worden (verlangen, erectiel functioneren, orgasme, tevredenheid en algemeen seksueel functioneren).
- De Sexual Self-Conscious Scale (SSCS) meet de geneigdheid tot zelfbewustzijn en schaamte tijdens seks. Seksueel zelfbewustzijn speelt mogelijk een rol bij het ontwikkelen van seksuele klachten.

De Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ)

Bron: Kooiman, C.G., Ouwehand, A.W. & Kuile, M.M. ter (2002). The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ). A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse. *Child Abuse Neglect*, 26, 939-53.

wordt gebruikt om de prevalentie van seksueel misbruik en fysiek geweld tijdens de jeugd en volwassenheid in kaart te brengen.

Motieven voor het gebruik van vragenlijsten kunnen zijn:

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Het opsporen van patiënten met een seksueel probleem;
- Het vaststellen van de ernst van een disfunctie;
- Het evalueren van behandelingseffecten;
- Het onderzoeken van het effect van seksuele klachten op de kwaliteit van leven;
- Het bestuderen van de effecten van de seksuele disfunctie op de partner.

Indien uit de anamnese aanwijzingen naar voren komen voor psychische comorbiditeit verwijzen wij voor nadere (test-)diagnostiek naar de betreffende zorgstandaarden, zoals bijvoorbeeld de [Zorgstandaard Depressieve stoornissen](#), [Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen](#), [Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen](#) en de Zorgstandaard Trauma- en Stressorgerelateerde stoornissen.

Medisch-seksuologisch onderzoek

Tijdens de diagnostiekfase moet overwogen worden of en wanneer er, naast de seksuele anamnese en afgenomen seksuologische vragenlijsten, medisch-seksuologisch onderzoek uitgevoerd moet worden.

Bron: Grauvogl, A. & Lankveld, J. van (2015). Seksuele disfuncties bij mannen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 605-620).

Dit onderzoek kan bestaan uit lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of psychofysiologisch onderzoek. De volgende vragen kunnen helpen om tot een keuze te komen.

Vraag 1: Biedt de anamnese aanknopingspunten voor nader medisch-seksuologisch onderzoek?

Nader medisch-seksuologisch onderzoek is over het algemeen geïndiceerd bij:

- Primaire gegeneraliseerde seksuele disfuncties
- Pijnklachten
- Vasculaire en/of neurologische comorbiditeit
- Voorgeschiedenis van een somatische behandeling gericht op het kleine bekken
- Voorgeschiedenis van traumatisch letsel van het kleine bekken en/of genitaliën
- Onvervulde kinderwens
- Vorm- of standsafwijking van genitaliën
- Vermoeden op infectie of huidaandoening van de genitaliën

Lichamelijk onderzoek

Vraag 2: Is er vrij recent lichamelijk of aanvullend onderzoek bekend in het kader van de huidige hulpvraag en kan dit elders worden opgevraagd?

Er kunnen verschillende redenen zijn om bij het bestaan van een seksueel probleem lichamelijk onderzoek te verrichten. Zowel het moment waarop zo'n lichamelijk onderzoek het best kan plaatsvinden als wat er onderzocht moet worden, is afhankelijk van het probleem, het doel van het onderzoek en de wensen, verwachtingen, vragen en/of angsten van de patiënt. In elke situatie is het voor de onderzoeker van belang zich te realiseren dat een genitaal onderzoek een emotioneel belastende situatie kan zijn, waarin bij de onderzochte gevoelens van machteloosheid en controleverlies kunnen overheersen. Zorgverleners dienen zich te realiseren dat veel mensen met seksuele klachten al eerder in verband met hun klachten onderzocht zijn door een huisarts, uroloog, gynaecoloog of andere specialist. Ook deze onderzoeken kunnen belastend of zelfs traumatisch geweest zijn, zodat een hernieuwd onderzoek het risico in zich draagt de bestaande problematiek te verergeren. Verder dient de zorgverlener zich ervan bewust te zijn dat onder patiënten met seksuele klachten relatief veel mensen voorkomen met een traumatische seksuele ervaring in de voorgeschiedenis. Voor deze groep patiënten brengt elk genitaal onderzoek het risico van herbeleving, dissociatie en hertraumatisering mee.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vraag 3: Is er op dit moment een lichamelijk onderzoek geïndiceerd en voelt de patiënt zich daarvoor momenteel veilig genoeg (bijvoorbeeld bij een geschiedenis van seksueel misbruik)?

Het belangrijkste bij lichamelijk onderzoek is dat een situatie wordt gecreëerd waarbij de onderzochte een gevoel van controle over de situatie heeft en waarin zijn of haar grenzen worden gerespecteerd en bewaakt. Elk lichamelijk onderzoek hoort een patiëntgericht onderzoek te zijn, waarbij het aan de onderzochte is om te bepalen wat er wel en niet gebeurt en op welke momenten het onderzoek gestopt wordt. Veiligheid en controle zijn de sleutelwoorden voor elk goed lichamelijk onderzoek. Gevoelens van onveiligheid tijdens het onderzoek kunnen vooral verminderd worden door de patiënt controle over de onderzoekssituatie te geven, onder meer door hem of haar zelf van tevoren aan te laten geven wat de daartoe bevoegde zorgverlener kan doen om het onderzoek minder bedreigend te maken en door altijd opties aan te bieden zoals bijvoorbeeld het meekijken met een spiegel of het zelf voelen van de baarmoeder. Ook het aanbieden van de opties om een vertrouwenspersoon mee te nemen naar het onderzoek – een partner, vriend(in) of therapeut – kan de gevoelens van veiligheid en controle vergroten.

Vraag 4: Welk type onderzoek is geïndiceerd en wie kan dat uitvoeren?

Er zijn voor seksuele stoornissen diverse indicaties voor lichamelijk onderzoek.

Bron: Lankveld J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Het diagnostisch onderzoek dient ter vaststelling of ter uitsluiting van lichamelijke factoren die het seksuele probleem veroorzaken, eraan bijdragen, of een uiting zijn van het probleem.
- Het educatief seksuologisch onderzoek heeft vooral tot doel de patiënt te informeren dat zijn/haar seksuele anatomie en fysiologie normaal is, hem of haar voor te lichten over genitale functies, inzicht te verschaffen in de oorzaken van het seksuele probleem, om vragen te beantwoorden etc.
- Het zelfonderzoek doet de patiënt voorafgaand aan een diagnostisch of educatief onderzoek in alle rust thuis, door de eigen genitalia met een spiegel te inspecteren. Het doel van zo'n onderzoek is enerzijds om de patiënt in contact te brengen met de eigen genitalia en de gevoelens die dit oproept te registreren. Ook kan het onderzoek het eigen inzicht in de klacht vergroten. Bijvoorbeeld: het bekijken en ervaren wat er gebeurt bij pogingen om de bekkenbodemspieren bewust aan te spannen en te ontspannen.
- Door een zorgverlener begeleide lichamelijke (exposure) oefeningen zijn in het algemeen bedoeld om de patiënt iets te leren of om samen met de zorgverlener bepaalde stappen in de behandeling te evalueren. Voorbeelden zijn het leren voelen, controleren en ontspannen van de bekkenbodemspieren en het overwinnen van angst voor confrontatie met de eigen genitalia door een

spiegelonderzoek onder therapeutische begeleiding.

Het diagnostisch onderzoek kan, afhankelijk van de klacht en indicatie, worden gedaan door een huisarts, arts-seksuoloog NVVS, gynaecoloog, uroloog of een bekkenfysiotherapeut. Daarvoor is het nodig binnen of buiten de instelling of praktijk een netwerk op te bouwen. Een educatief bekkenbodemonderzoek wordt over het algemeen alleen verricht door een arts/medisch specialist-seksuoloog of bekkenfysiotherapeut. Zo'n onderzoek kan ook voor vrouwen met vaginisme therapeutisch nuttig zijn.

Laboratoriumonderzoek

Laboratoriumonderzoek bij seksuele disfuncties vindt alleen op indicatie van een arts plaats, zoals:

- Bepaling van de glucose- of cholesterolspiegel als er aanwijzingen zijn voor diabetes of cardiovasculaire klachten volgens de geldende richtlijnen;
- Bepaling van o.a. de hoeveelheid testosteron, prolactine, LH/FSH bij symptomen van testosterondeficiëntie (verminderde seksuele responsiviteit, afname van de frequentie van fantasieën en nachtelijke responsen, moeheid, vitaliteitsverlies, verlies van spiermassa) en bij patiënten met een seksuele disfunctie én een verhoogde kans op testosterondeficiëntie, namelijk:
 - Oudere mannen en postmenopauzale vrouwen met klachten en langdurige sterke afname van seksuele activiteit;
 - Patiënten met endocrinopathieën;
 - Vrouwen en mannen bij wie de geslachtsorganen niet functioneren (door verwijdering, chemotherapie of bestraling);
 - Postmenopauzale vrouwen die orale oestrogensuppletie gebruiken met als gevolg een daling van testosteron;
 - Mannen en vrouwen met hiv en die behandeld worden met hiv-medicatie;
 - Chronisch gebruik van orale medicatie zoals corticosteroïden. Dit betreft niet de inhalatiemedicatie met corticosteroïden.

Psychofysiologisch onderzoek

Indien onzekerheid over de lichamelijke oorzaak van een seksuele disfunctie blijft bestaan en de behoefte bestaat deze uit te sluiten, kan psychofysiologisch onderzoek helpen. De genitale respons van de patiënt wordt gemeten aan de hand van visuele en/of tactiele prikkels, al dan niet in aanwezigheid van uit te voeren taken. De indicatie voor het onderzoek kan gesteld worden door de hoofdbehandelaar in overleg met hoofdonderzoeker van de polikliniek waar het onderzoek dient plaats te vinden. Het onderzoek bij mannen en vrouwen kan worden uitgevoerd bij de polikliniek seksuologie van het AMC, en bij vrouwen ook in LUMC en UMC Maastricht.

6.3.2 Onderscheid in ernst en complexiteit van de problematiek

In de diagnostische fase wordt nagegaan wat de predisponerende en/of in standhoudende factoren zijn van de seksuele problematiek, zoals:

- Beperkte kennis van seksualiteit, anatomie en werking geslachtsorganen
- Psychische en/of somatische comorbiditeit
- Bijwerkingen van medicatie

- Relatieproblemen
- Traumatische ervaringen
- Persoonlijkheidskenmerken
- Problemen met de seksuele geaardheid

De in de [Inleiding van het vorige hoofdstuk](#) beschreven verschillen in aard en intensiteit van de behandeling zijn gerelateerd aan de aard en de complexiteit van de problematiek van de patiënt en zijn bepalend voor het verwijsbeleid. Behandeling dient volgens het matched-care principe gericht te zijn op de factoren die uit de diagnostiek als predisponerend en/of instandhoudend naar voren zijn gekomen. Bij comorbiditeit moet een afweging gemaakt worden in hoeverre eerst behandeling van de comorbide psychische stoornis, somatische aandoening of relationele problemen noodzakelijk is of dat de seksuele disfunctie tegelijkertijd of los daarvan behandeld kan worden. Daartoe wordt samenwerking gezocht met andere zorgverleners. Het zorgpad wordt in [Het zorgpad bij seksuele disfuncties](#) nader beschreven.

Comorbiditeit wordt uitgebreid besproken in de [generieke module Comorbiditeit](#) (zie ook [Generieke modules](#)). Voor psychotherapeutische behandeling o.a. bij comorbiditeit verwijzen wij naar de generieke module Psychotherapie.

7. Individueel zorgplan en behandeling

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

7.1 Zelfmanagement

Hulpzoekgedrag

Hoewel seksuele klachten regelmatig voorkomen ontvangt lang niet iedereen hier professionele hulp voor, en heeft ook niet iedereen hier behoefte aan (zie ook [Prevalentie](#) en [Preventie](#)). Dat de hulpverlening in de ggz aan patiënten met een seksuele disfunctie als hoofddiagnose vanaf 2014 niet meer vanuit de zorgverzekering wordt vergoed, zal ook van invloed zijn op het aantal mensen met een seksueel probleem dat daadwerkelijk hulp zoekt. Veel mannen en vrouwen zoeken, als ze last hebben van een seksueel probleem, in eerste instantie hulp bij de huisarts. Ook zijn mensen met seksuele klachten of disfuncties vaak geneigd om buiten de seksuele gezondheidszorg op zoek te gaan naar hulp. Informatie en advies worden gezocht op internet, in de zelfhulp literatuur of bij vertrouwenspersonen in de eigen omgeving.

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming vormt de basis bij de keuze voor een bepaalde zorgverlener en behandeltraject. Aangezien het behandeltraject vaak begint bij de huisarts kan deze na screening van de klachten, afhankelijk van de ernst en de aard van de klachten en de wensen en verwachtingen van de patiënt, zelf behandelen volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard, of komen tot een passende doorverwijzing. De patiënt geeft aan wat zijn/haar wensen, verwachtingen en doelen zijn, of de zorgverlener vraagt dat expliciet uit. De zorgverlener bespreekt de behandelmogelijkheden voor de problemen van de patiënt, passend in zijn/haar situatie. Daarbij worden per interventie de mogelijke voor- en nadelen benoemd. Patiënt en zorgverlener stellen dus samen het behandelplan op. Het behandelplan fungeert vervolgens als rode draad voor de behandeling. Indien nodig kan dat in samenspraak met de patiënt worden aangepast.

Uit patiëntervaringen blijkt dat patiënten de keuze voor een bepaalde zorgverlener of behandeltraject niet altijd maken op basis van datgene wat het beste is voor de klacht(en). Ook is er niet altijd sprake van een gedeelde keuze, omdat patiënten zich dikwijls laten leiden door de verwijzing van de huisarts zonder hier zelf inspraak in te hebben. Daarnaast is het soms ook onduidelijk hoe behandeling bij een bepaalde zorgverlener er uit zal zien. Als de doorverwijzing niet voldoende aansluit bij de klachten, wensen en verwachtingen van de patiënt kan dit nadelige gevolgen hebben voor het behandelverloop.

Uit de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen met vaginistische klachten regelmatig door de huisarts naar de gynaecoloog worden doorverwezen waar ze ten onrechte een inwendig onderzoek krijgen en geen goede vervolgbehandeling. Dit kan deels te wijten zijn aan gebrek aan duiding van de klacht door de patiënt zelf, en soms ook aan een verkeerde inschatting van de klacht door de huisarts. Dit kan bij deze vrouwen als traumatisch worden ervaren of het gevoel versterken dat de klacht niet te verhelpen is. Een hernieuwd consult bij de huisarts wordt dan soms vermeden. Bij mannen wordt

door de huisarts soms te eenzijdig ingezet op medicamenteuze behandeling van bijvoorbeeld een erectiele disfunctie.

Bron: Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschrift voor Seksuologie, 36(2), 98-108.

Daarnaast wordt bij patiënten met een seksueel probleem de mening van de partner bij de behandeling regelmatig buiten beschouwing gelaten. Met de toepassing van de NHG-Standaard Seksuele klachten zal de huisarts zijn of haar kwaliteit op dit terrein kunnen verbeteren.

Verder lijken er sekseverschillen te bestaan in interventies door huisartsen: mannen krijgen bijvoorbeeld vaker medicatie voorgeschreven en de huisarts vraagt voor mannen vaker een laboratoriumonderzoek aan. Bij vrouwen wordt vaker een lichamelijk onderzoek uitgevoerd door de huisarts. Tevens krijgen vrouwelijke patiënten na het eerste consult vaker een verwijzing dan mannen (naar de tweede lijn).

Bron: Kedde, H., Donker, G., & Leusink, P. (2013). Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts & Wetenschap, 56, 62-65.

Zelfhulp: bibliotherapie en eHealth

Zowel bibliotherapie als eHealth kan een veelbelovende manier van hulpverlening zijn voor mensen die kampen met seksuele klachten.

Bron: Blanken, I., Leusink, P., Diest, S. van, Gijs, L., & Lankveld, J.J. van (2015). Outcome predictors of Internet-based brief ex therapy for sexual dysfunctions in heterosexual men. Journal of Sex and Marital Therapy, 41, 531-543.

Kempeneers P. et al. (2012). Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 9(9), 2417-28.

Palaniappan, M. et al. (2017). Skills Vs. Pills: Comparative effectiveness for low sexual desire in women. Journal of Sexual and Marital Therapy, 13,1-15.

Lankveld, J. van, Leusink P., Diest, S. van, Gijs, L., & Slob, A.K. (2009). Internet-Based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. The Journal of Sexual Medicine, 6, 2224-2236.

Bibliotherapie is succesvol gebleken als eerste stap in een stepped care model bij de behandeling

van enkelvoudige seksuele disfuncties, en het effect kan worden versterkt als dit wordt geïntegreerd binnen een face-to-face-behandeling. In Nederland kan men daarvoor terugvallen op het boek Naar de zevende hemel.

Bron: Lankveld, J. van (2004). Naar de 7e hemel: Verbeter zelf je seksuele relatie. Haarlem: Aramith.

Met eHealth kan eveneens een aantal grote uitdagingen worden aangegaan: het bereiken van doelgroepen die niet of nog onvoldoende bereikt worden; het ondersteunen van patiënten bij het zelf managen van hun gezondheid; het bieden van extra keuzemogelijkheden voor patiënten; het vergroten van de efficiëntie van het ggz-aanbod.

Bron: Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. et al. (2007). E-mental health: high tech, high touch, high trust. Utrecht: Trimbosinstituut..

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen begeleide en onbegeleide eHealth. EHealth zonder begeleiding is vooral gericht op voorlichting en zelfhulpoefeningen. Dit kan een eerste stap zijn bij de behandeling van seksuele disfuncties. Bij veel klachten is aanvullende begeleiding echter gewenst.

Een literatuuroverzicht in 2012 naar de effectiviteit van online seksualiteitsinterventies liet zien dat hiervoor weliswaar enige empirische ondersteuning is maar dat deze is gebaseerd op één RCT onder mannen.

Bron: Lankveld, J. van, Leusink P., Diest, S. van, Gijs, L., & Slob, A.K. (2009). Internet-Based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. The Journal of Sexual Medicine, 6, 2224-2236.

Een literatuuroverzicht in 2016 naar de effectiviteit van online seksualiteitsinterventies onder vrouwen met seksuele disfuncties liet verbetering zien op seksueel en relationeel functioneren.

Bron: Lankveld J., van (2016). Internet-based interventions for women's sexual dysfunction. Current Sexual Health Reports, 8,136-143.

Ook een online interventieprogramma voor vrouwen met borstkanker en seksuele klachten bleek effectief.

Bron: Hummel, S.B. et al. (2017). Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning of breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1328-1340.

Er is in Nederland een divers aanbod bij zowel instellingen als individuen. De online gebruiker zal moeten letten op de kwalificatie van de zorgverlener.

Zelfmanagementstrategieën (waaronder eHealth) worden uitgebreid besproken in de [generieke module Zelfmanagement](#) en de [generieke module eHealth](#) (zie ook [Generieke modules](#)).

7.2 Behandeling en begeleiding

Bij de behandeling van seksuele disfuncties geldt dat het doel niet per se verbetering van het seksueel functioneren hoeft te zijn (bijvoorbeeld omdat dit fysiek onmogelijk is). Behandeldoelen kunnen ook gericht zijn op het vergroten van acceptatie, satisfactie, welzijn of het verbeteren van de seksuele relatie. Bij het bepalen van de behandeldoelen en behandeling maakt de behandelaar op grond van eigen expertise en het verhaal van de patiënt een keuze voor de meest passende psychologische en/of psychotherapeutische behandelvorm en behandeling (zie [generieke module Psychotherapie](#)).

Vanwege het biopsychosociale karakter van seksualiteit en seksuele problematiek kunnen en moeten vaak verschillende onderdelen van de behandeling en verschillende interventies (medisch, psychologisch, relationeel) naast elkaar worden toegepast om de effectiviteit van de behandeling te vergroten. Naast de toepassing van specifieke interventies per seksuele disfunctie is het van belang om in de behandeling oog te hebben voor psychosociale en somatische factoren die samen kunnen hangen met de seksuele disfunctie. Is er naast het psychologische traject een behandeling voor somatische factoren nodig, dan is het meestal zinvol om die behandelingen parallel aan elkaar te laten plaatsvinden. Bij een voorgeschiedenis van (seksuele) trauma's is traumabehandeling over het algemeen noodzakelijk, maar op zichzelf meestal niet voldoende voor de behandeling van seksuele disfuncties.

Bron: Postma, R., Bicanic, I., van der Vaart, H., & Laan, E. (2013). Pelvic floor problems mediate sexual problems in young adult rape victims. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1978-1987.

Ook trauma kan het best parallel aan de seksuele disfunctie behandeld worden. De lengte van behandeling bij seksuele klachten en disfuncties kan sterk uiteenlopen van een enkel psycho-educatief gesprek tot intensieve psychotherapie.

Bron: Berner, M., & Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3089-107.

Frühau, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 915-33.

De meeste behandelingen bestaan uit 10 tot 20 zittingen, verspreid over een periode van 3 tot 12 maanden. Is er sprake van comorbiditeit dan neemt de duur van de behandeling meestal toe. In [Psycho-educatie \(Permission en Limited Information\)](#), [Specifieke Suggesties](#), [Intensieve therapie](#), [Biopsycho sociale behandeling](#) en [Online behandeling bij jongvolwassenen](#) worden vanuit patiëntenperspectief de verschillende behandelmogelijkheden voor een patiënt met een of meerdere disfuncties beschreven. Daarbij wordt steeds aangegeven voor wie (bij welk disfunctie(s)), wat (advies, interventie of behandeling) geïndiceerd is. Bij deze beschrijving worden globaal de stappen van het PLISSIT-model gevolgd (zie ook [Inleiding van Zorg rondom seksuele disfuncties](#)). Vanaf welke stap behandeling wordt ingezet hangt af van de ernst van de problematiek en de zorgbehoefte van de patiënt (het principe van matched-care). Zie ook [Seksueledisfuncties.nl](#) voor een samenvatting van de behandelvormen per disfunctie

7.2.1 Psycho-educatie (Permission en Limited Information)

Met psycho-educatie krijgt de patiënt informatie over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van het seksuele probleem. Deze informatie kan al direct voor een positief therapeutisch effect zorgen. Psycho-educatie wordt gezien als een belangrijke eerste stap in het therapeutisch proces.

Bron: Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 621-639).

Bij deze eerste stap van behandeling past bijvoorbeeld uitleg over de mogelijke effecten op het seksueel functioneren van spanningen in de relatie, vermoeidheid, ziekte, ouder worden, lichamelijke beperkingen, medicatie, chirurgische ingrepen, rouw of depressie. Ook kan worden besproken hoe belemmerende factoren (zoals gebrek aan tijd en aandacht voor elkaar) en allerlei negatieve cognities kunnen worden aangepakt. Voorlichting over seksualiteit blijkt vaak nodig en nuttig. De seksuele anatomie en fysiologie worden uitgelegd aan de hand van tekeningen. Seksuele mythen worden bestreden. Belangrijk is de uitleg dat zin in seks en seksuele opwinding niet spontaan ontstaan, maar op gang komen in een situatie waarin men zich openstelt voor seksuele prikkels.

Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) is informatie over disfuncties te vinden in de vorm van tekst en filmpjes en op [Seksueledisfuncties.nl](https://seksueledisfuncties.nl) is foldermateriaal en tips voor boeken en websites samengesteld. Ook [Seksualiteit.nl](https://seksualiteit.nl) is een goede informatieve site voor patiënten.

7.2.2 Specifieke Suggesties

Het aanpassen van lang bestaande en instandhoudende factoren kan zorgen voor vermindering van klachten en/of ervaren last. In tegenstelling tot psycho-educatie, waarbij voor alle mensen toepasbare informatie wordt gegeven, omvatten Specifieke Suggesties op de persoon en diens context toegesneden interventies. Enkele voorbeelden van specifieke suggesties zijn: aanpassing van de seksuele stimulatie, vrijen op een ander tijdstip (bij vermoeidheid) of het aanpassen van de coïtushouding, of niet coïtus-gericht vrijen.

7.2.3 Intensieve therapie

Wanneer intensievere behandeling aangewezen is, bijvoorbeeld bij een ernstige stoornis met psychische, somatische en/of relationele comorbiditeit, zijn zowel psychologische als medicamenteuze interventies mogelijk. Ook kan een combinatiebehandeling gestart worden (door een of meerdere zorgverleners). Intensieve therapie bevat meestal ook ingrediënten gericht op voorlichting over hoe seks 'werkt' (juiste kennis over anatomie en fysiologie; voor het optreden van een seksuele respons (opwinding, verlangen, orgasme) zijn altijd adequate seksuele prikkels nodig, etc.).

Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Psychologische interventies voor het behandelen van seksuele disfuncties zijn gebaseerd op een combinatie van gedragsmatige en cognitieve technieken.

Bron: Grauvogl, A. & Lankveld, J. van (2015). Seksuele disfuncties bij mannen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 605-620).

Ook worden systeemtherapeutische interventies en meer lichaamsgerichte technieken gebruikt. Gezien het biopsychosociale karakter van seksuele disfuncties wordt bij de behandeling van dit soort klachten vaak een combinatie van behandelmethoden toegepast.

- Gedragsmatige behandelstrategieën

Gedragsmatige behandelstrategieën richten zich op het verminderen van angst en het ermee gepaard gaande vermijdingsgedrag. Hierbij worden verschillende technieken gebruikt, waaronder systematische desensitisatie. Systematische desensitisatie maakt gebruik van counterconditionering en relaxatieoefeningen om de aangeleerde angst in seksuele situaties te doen afnemen. Een andere techniek is exposure in vivo, waarbij het vermijdingsgedrag wordt voorkomen en daardoor de angst kan uitdoven. De sekstherapie van Masters en Johnson, ontwikkeld in de jaren 70 van de vorige eeuw, maakt vooral gebruik van sensate focus-oefeningen, die als gedragsmatige procedures

geïntegreerd kunnen worden in de behandeling. Afhankelijk van het behandeldoel kunnen sensate focus-oefeningen ook als lichaamsgerichte of systemische interventie ingezet worden.

- Cognitieve behandeling

Cognitieve behandeling is gericht op het veranderen van disfunctionele en irrationele seksuele cognities. Met cognitieve herstructurering worden gedachten die opwinding en zin kunnen remmen aangepakt, zoals een negatieve zelfwaardering, remmende cognities ten aanzien van lichamelijk initiatief en/of angst voor pijn dan wel falen.

Bron: Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 621-639).

- Sekstherapeutische interventies

Aanvullende sekstherapeutische interventies zijn bijvoorbeeld oefeningen of opdrachten om nieuwe belonende ervaringen in de seksuele situatie op te doen. Daarnaast kan worden gewerkt met systeemtherapeutische interventies ter bevordering van positieve intieme ervaringen, de communicatie, het omgaan met negatieve emoties en het onderhandelen over wensen en grenzen.

Bron: Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 621-639).

- Effect psychologische behandelingen

Er is een aantal systematische reviews gepubliceerd die het effect van psychologische behandelingen bij seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen hebben onderzocht. Deze studies tonen aan dat psychologische behandelingen effect hebben op de symptomen van seksuele disfuncties en op seksuele satisfactie ten opzichte van een wachtlijstconditie. Met name bij vrouwen met verminderd seksueel verlangen en orgasmestoornissen zijn de effecten relatief groot.

Bron: Frùhauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Archives of Sexual Behavior, 42, 915-33.

De studies bij mannen tonen aan dat psychologische behandelingen ongeveer even veel effect hebben als medicamenteuze behandelingen. Mogelijk is er sprake van een 'common factor' die het

effect verklaart.

Bron: Berner, M., & Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3089-107.

Het aantal effectstudies bij mannen en vrouwen is echter gering, de definitie van psychologische behandelingen verschilt per studie, en de kwaliteit van de studies is laag tot matig. Desondanks worden psychologische behandelingen aanbevolen, indien nodig en mogelijk in combinatie met medicamenteuze behandelingen, in een biopsychosociaal kader.

Bron: Almas E. (2015). Psychological treatment of sexual problems. A thematic analysis of guidelines and recommendations based on a systematic literature review 2001-2010. *Sexual and Relationship Therapy*, 31, 1-16.

Uitgangspunt is dat seksuele disfuncties in een relationele context behandeld worden. De partner kan een rol spelen bij zowel de oorzaak als het in stand houden van het probleem. Het betrekken van de partner bij de behandeling maakt de kans op verbetering groter aangezien een deel van de seksuologische behandelinterventies gericht is op het paar.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling bij seksuele disfuncties kan bestaan uit kort- of langdurige farmacotherapie of hormonale behandeling. De behandeling kan direct gericht zijn op de seksuele disfunctie, of op een onderliggende lichamelijke oorzaak.

Behandeling van specifieke disfuncties

Omdat behandeling van seksuele disfuncties in een biopsychosociaal kader indien nodig en mogelijk bestaat uit een combinatie van psychologische en somatische (medicamenteuze) behandelvormen wordt in deze Zorgstandaard de behandeling per seksuele disfunctie

behandeling per seksuele disfunctie: De beschrijvingen zijn gebaseerd op de NHG standaard Seksuele klachten (2015) en Van Lankveld et al. (2010).

beschreven in plaats van per behandelingstype.

Bij mannen

- Verminderd seksueel verlangen

Voor mannen met verminderd seksueel verlangen waar geen medische oorzaken voor zijn, is behandeling met psychologische interventies gericht op het ontdekken van nieuwe vormen van erotische stimulatie passend. Bij mannen met een testosterontekort is aangetoond dat testosteronsubstitutie (tenzij gecontra-indiceerd) is aangewezen. Indien het verminderd seksueel verlangen gerelateerd is aan het metabool syndroom is een behandeling gericht op somatische risicofactoren nodig, waarbij reductie van het lichaamsgewicht en daarmee samenhangende toename van testosteron ook tot een afname van de klachten kan leiden. Bij verminderd seksueel verlangen als gevolg van een depressieve stoornis en/of gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) kan medicatie met minder seksuele bijwerkingen worden overwogen, eventueel in combinatie met een PDE-5-remmer,

PDE-5-remmer,: Een PDE-5 remmer is het hoofdingrediënt van erectiepillen (zoals Viagra, Levitra en Cialis).

vooral als het verminderd seksueel verlangen samenhangt met orgasmeproblemen door SSRI-gebruik. Tot slot kan verminderd seksueel verlangen een symptoom zijn van partnerrelatieproblematiek, waarbij relatietherapie geïndiceerd is.

- Erectiestoornis

Psychologische interventies lijken vooral passend bij mannen met een erectiestoornis met een overwegend psychische oorzaak. Bij een erectiestoornis met een overwegend lichamelijke oorzaak kan de waarde van psychotherapeutische interventie bestaan uit het leren accepteren van het probleem, het bespreekbaar maken van seksualiteit binnen de relatie en het (her)waarderen en stimuleren van niet-coïtale vormen van seks. Omdat er in beide gevallen sprake kan zijn van onderstimulatie, zijn seksuologische interventies zoals sensate-focus oefeningen solo (masturbatie-oefeningen) en met partner waardevol om de erectiekwiteit te verbeteren en prestatieangst te verminderen. Bij mannen met een erectiestoornis met een overwegend lichamelijke oorzaak kan een PDE-5-remmer worden voorgeschreven. Middelen als sildenafil, tadalafil en vardenafil zijn even effectief en veilig en onderscheiden zich door hun periode van werkingsduur na inname. Bij het voorschrijven van een PDE-5-remmer wordt de effectiviteit vergroot door goede voorlichting, begeleiding en zo mogelijk het betrekken van de partner. Bij een erectiestoornis met overwegend psychische oorzaak blijft de rol van medicatie beperkt tot het kortdurend voorschrijven van een PDE-5-remmer, hetgeen kan helpen bij het doorbreken van een negatieve vicieuze cirkel. Bij secundair ontstane seksuele disfuncties dient ook altijd de aanwezigheid van partnerrelatieproblematiek overwogen te worden.

- Voortijdige zaadlozing

Met name bij secundair vroegtijdige zaadlozing heeft het de voorkeur te starten met seksuologische interventies zoals masturbatie-oefeningen of het uitbreiden van het seksuele repertoire. Het betrekken van de partner is dan essentieel. Bij een vroegtijdige zaadlozing kan medicamenteuze behandeling worden overwogen als niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effectief zijn en de

patiënt veel last heeft van de klachten. Bij duidelijke primaire vroegtijdige zaadlozing is dit veelal de enige effectieve behandeling.

Bron: Leusink, P., Waldinger, M., Laan, E., van Lankveld, J., Meuleman, E., Reisman, C., & Incrocci, L. (2012). Richtlijn Vroegtijdige Zaadlozing. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 156, A534

Secundaire vroegtijdige zaadlozing wordt alleen medicamenteus behandeld als de patiënt niet gemotiveerd is voor seksuologische behandeling of als deze onvoldoende effect heeft gehad, en de patiënt gemotiveerd is voor medicamenteuze behandeling. Bij een combinatie van vroegtijdige zaadlozing en erectiestoornis wordt eerst de erectiestoornis behandeld. Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) verlengen de duur van penetratie tot zaadlozing. Als de SSRI's bij mannen met primaire vroegtijdige zaadlozing wordt gestaakt, keren de klachten meestal terug. Bij secundair ontstane seksuele disfuncties dient ook altijd de aanwezigheid van partnerrelatieproblematiek overwogen te worden.

Bij de variabele en subjectieve vorm van premature ejaculatie, waarbij er sprake is van een zaadlozing tenminste een minuut na aanvang van de seksuele stimulatie, kan worden volstaan met psycho-educatie. Hetzelfde geldt voor de klacht dat er na een zaadlozing niet snel een tweede zaadlozing mogelijk is.

- Vertraagde ejaculatie / orgasmestoornis

Bij met name secundaire orgasmestoornissen zijn adviezen en oefeningen ter voorkoming van onderstimulatie of te vroege beëindiging van de stimulatie, en het aanleren van een niet-eisende attitude, eerste keus. Daarbij kan ook sensate-focus therapie worden ingezet. Indien de orgasmestoornis een bijwerking is van psychofarmaca (onder andere selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI)) moet aanpassing of tijdelijke onderbreking van de medicatie worden overwogen, of aanvullende behandeling met buspiron of een PDE-5-remmer. Bij een levenslang onvermogen tot orgasme kan het eerste behandeldoel zijn om een eerste ervaring met orgasme en zaadlozing tot stand te brengen door vibratie aan de penis of eikel. Een levenslange orgasmestoornis kan een signaal zijn van een geremde seksuele opvoeding of van persoonlijkheidsfactoren. Bij secundair ontstane seksuele disfuncties dient ook altijd de aanwezigheid van partnerrelatieproblematiek overwogen te worden.

Bij vrouwen

- Seksuele aversie

De behandeling van seksuele aversie komt in grote lijnen overeen met de behandeling van seksuele interesse/opwindingsstoornis. Omdat er bij seksuele aversie niet alleen sprake is van geen zin maar van weerzin worden bij seksuele aversie tevens systematische desensitisatie (systematisch ongevoelig maken door de confrontatie aan te gaan, in werkelijkheid of in gedachten) en counterconditionering (het veranderen van de negatieve associaties in neutrale of positieve associaties) toegepast in de behandeling (terwijl dit bij seksuele interesse/opwindingsstoornis

meestal niet nodig is). Deze vorm van exposure wordt echter weinig meer toegepast omdat het gelijktijdig ontlocken van de concurrerende respons in onderzoek geen meerwaarde bleek te hebben. Soms staan seksuele aversie en vermijding in het teken van het voorkomen van de activatie van akelige of traumatische herinneringen.

Bron: Jong, P.J., de, Overveld, M. van & Borg, C. (2013). Giving in to arousal or staying stuck in disgust? Disgust-based mechanisms in sex and sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 50(3-4), 247-62.

In die gevallen kan seksuele aversie worden geconceptualiseerd als een PTSS en als zodanig worden behandeld.

Bron: Coughtrey, A.E., Shafran, R., Lee, M., & Rachman, S.J. (2012). It's the feeling inside my head: a qualitative analysis of mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother.*, 40(2), 163-73

- Seksuele interesse/opwindingsstoornis

Bij vrouwen met seksuele interesse/opwindingsstoornis richt de behandeling zich op het leren aanwenden van (nieuwe) seksuele stimuli die opwindend en zin stimuleren en op het versterken van de plezierige kanten van seks. Het betrekken van de partner is van groot belang bij het oplossen van de klacht, aangezien de klacht er bijna altijd is in relatie tot de ander. Klassieke sekstherapie bestaat uit educatie, een coïtusverbod, en vervolgens op elkaar volgende sensate-focusoefeningen. Door middel van deze oefeningen maakt het paar als het ware een nieuwe start in het opbouwen van positieve seksuele ervaringen.

Hormoonbehandeling met androgenen wordt alleen op strikte indicatie voorgeschreven aan vrouwen met klinische symptomen van testosterondeficiëntie (verminderde gevoeligheid voor seksuele prikkels, vitaliteitsverlies, moeheid, spierkrachtverlies) en met een aangetoond tekort aan biologisch beschikbaar testosteron. Als verminderde seksuele responsiviteit het gevolg is van medicatiegebruik (selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), bètablokkers) en het onwenselijk is de medicatie te staken of te wijzigen, kan ook bij vrouwen een PDE-5-remmer als sildenafil gegeven worden; ook bij een door organische oorzaken (vasculair, neurogeen) sterk verminderde genitale respons is bij vrouwen sildenafil soms effectief bij doorlopend gebruik.

Bron: Brown, D.A., Kyle, J.A., Ferrill, M.J. (2009). Assessing the clinical efficacy of sildenafil for the treatment of female sexual dysfunction. *Ann Pharmacother*, 43,1275-85.

Sipski, Rosen, R.C., Alexander, C.J., & Hamer, R.M. (2000). Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. *Urology*, 55(6), 812-5

Nurnberg, H.G., Hensley, P.L., Heiman, J.R., Croft, H.A., Debattista, C., & Paine, S. (2008). Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 300(4), 395-404. doi:10.1001/jama.300.4.395.

Vergoeding door zorgverzekeraars is niet standaard maar kan, met goede onderbouwing door de voorschrijvende arts, soms worden bewerkstelligd. Verminderde seksuele interesse of opwinding kan een symptoom zijn van partnerrelatieproblematiek.

- Dyspareunie

Pijn bij de gemeenschap zonder somatische oorzaak is vrijwel altijd het gevolg van gemeenschap bij onvoldoende opwinding en zwelling van de clitoris en lubricatie van de vaginawand, in combinatie met een (al eerder aanwezige of in reactie op de pijn ontstane) overactieve bekkenbodem (reactieve bekkenbodemspierspanning). Bij de behandeling van dyspareunieklaachten worden vaak één of meer van de volgende ingrediënten gecombineerd: voorlichting, ontspanningsoefeningen van de bekkenbodemspieren, en een pijnverbod in combinatie met seksuologische interventies die seksuele opwinding verhogen. Deze interventies worden zowel tijdens een individuele behandeling (soms in samenwerking met een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut) toegepast, als in de context van partnerrelatietherapie of van een groepsbehandeling, waarbij de lichamelijke oefeningen individueel worden uitgevoerd. Voorafgaand aan verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut onderzoeken patiënte en zorgverlener of er mogelijk psychologische belemmeringen zijn (trauma, hechtingsproblematiek) die ontspanning van de bekkenbodem verhinderen. Het behandelen van deze belemmeringen draagt zeer waarschijnlijk bij aan behandelingsucces.

Bron: DeWitte, M., Borg, C., & Lowenstein, L. (2017). A psychosocial approach to female genital pain. *Nat Rev Urol*. nov 28. doi: 10.1038/nrurol.2017.187.

- Vaginisme

Vaginisme wordt tegenwoordig als een fobische reactie geconceptualiseerd waarbij een stapsgewijze exposurebehandeling wordt geadviseerd. In deze behandeling oefent patiënte om vingers of pelottes in te brengen, alleen en samen met de partner. Wat naar binnen wordt gebracht neemt stapsgewijs in omvang toe. Het verminderen van angst voor pijn en het vertrouwd raken met het eigen lichaam (en de vulva in het bijzonder) in een neutrale en seksueel prikkelende context zijn belangrijke ingrediënten van een succesvolle behandeling. Paren krijgen instructies om deze stappen thuis uit te voeren.

voeren. Omdat veel patiënten (en hun partners) deze oefeningen moeilijk vinden en daardoor vermijden, wordt op enkele plaatsen in Nederland een therapist-guided exposure (begeleide exposure door psychologisch begeleider) aangeboden. Tijdens deze behandeling wordt de patiënte in het ziekenhuis begeleid bij het stapsgewijs zelf iets leren in te brengen in haar vagina. Wanneer zij succesvol iets naar binnen kan brengen, dan worden de oefeningen samen met haar partner thuis voortgezet. Ook bij een begeleide exposurebehandeling worden de meeste oefeningen dus thuis uitgevoerd. Bij chronische bekkenbodemovertactiviteit is behandeling bij een bekkenfysiotherapeut in combinatie met seksuologische behandeling te overwegen.

- Orgasmestoornis

Seksuele vaardigheidstraining (zoals fantasiegeleide masturbatietraining) lijkt zinvol bij vrouwen met een primaire orgasmestoornis, hoewel de kwaliteit van het bewijs uit de literatuur voor de klinische relevantie laag is.

Bron: Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M.L., Hull, E.M., & Heiman, J.R. (2004). Women's orgasm. Annual Review of Sex Research, 15, 173-257.

Heiman, J.R. & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. Annual Review of Sex Research, 8, 148-94.

Ook kan het leiden tot een meer ontspannen houding ten aanzien van seksualiteit in het algemeen, meer acceptatie van het eigen lichaam, en meer plezier in seks met de partner. Aanvullend kan verbetering van communicatie en aanleren van adequate clitorale stimulatie in aanwezigheid van of door de partner, of door patiënt zelf nodig zijn om ook tijdens partnerseks een orgasme te ervaren. Masturbatietraining kan in verschillende vormen aangeboden worden (met of zonder het betrekken van de partner). Bij secundair ontstane seksuele disfuncties dient ook altijd de aanwezigheid van partnerrelatieproblematiek overwogen te worden.

7.2.4 Biopsychosociale behandeling

Bij de behandeling van seksuele disfuncties is er zowel enig wetenschappelijke bewijs als practice-based consensus dat monotherapieën minder effectief zijn dan behandelmethoden die zich richten op zowel de lichamelijke als de psychische en contextuele aspecten.

Bron: Melnik, T., Soares, B.G., Nasselo, A.G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. Cochrane Database Systematic Review 2007:CD004825.

Melnik, T., Althof, S., Atallah, A.N., Puga, M.E., Glina, S., Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. Cochrane Database Systematic Review:CD008195

Berner, M., & Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine, 9, 3089-107.

Frühau, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Archives of Sexual Behavior, 42, 915-33.

DeWitte, M., Borg, C., & Lowenstein, L. (2017). A psychosocial approach to female genital pain. Nat Rev Urol. nov 28. doi: 10.1038/nrurol.2017.187.

7.2.5 Online behandeling bij jongvolwassenen

Voor jongvolwassenen (18-25 jaar) is een online behandeling ontwikkeld die is gebaseerd op de eerder genoemde psycho-educatie en psychologische technieken, maar die zich onderscheidt van de traditionele behandelingen doordat deze kortdurend (drie sessies), gratis en anoniem wordt aangeboden.

Bron: Grauvogl, A. & Lankveld, J. van (2015). Seksuele disfuncties bij mannen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 605-620).

Dergelijke kortdurende seksuocounseling kan ervoor zorgen dat behandeling van seksuele klachten voor jongeren beter toegankelijk wordt. Van behandeling in een vroeg stadium kan bovendien een preventieve werking uitgaan.

7.3 Monitoring

Binnen de ggz is het verplicht om het effect van behandeling te monitoren door middel van ROM (routine outcome monitoring / measurement). Deze werkwijze houdt in dat de patiënt in ieder geval aan het begin en einde van de behandeling, en vaak ook tussentijds, gevraagd wordt vragenlijsten in te vullen over zijn klachten en functioneren. Aan het einde van het traject wordt zo nodig een patiënttevredenheidsmeting gedaan (CQi). Indien het wenselijk is (of indien de zorgverlener het

wenselijk acht) om het effect van de behandeling van de seksuele disfunctie aanvullend met klachtspecifieke lijsten te monitoren kunnen daarvoor de onderstaande lijsten worden gebruikt.

Vragenlijsten die ook internationaal gebruikt worden zijn: de Female Sexual Function Index (FSFI) voor het monitoren van seksueel functioneren bij vrouwen, en bij mannen de International Index of Erectile Function (IIEF). Als het gaat om het monitoren van ervaren last kan de Female Sexual Distress Scale (FSDS) gebruikt worden (deze lijst is inhoudelijk ook geschikt voor mannen, maar niet gevalideerd voor deze groep). Zie voor zowel FSFI, IIEF als FSDS ook [Diagnostiek](#).

Knelpunt voor het meten van behandel-effect bij seksuologische behandelingen kan zijn dat er vaak sprake is van deelbehandelingen binnen multidisciplinair werkende teams en professionele netwerken. Er zou dan gekozen kunnen worden voor monitoring door de regiebehandelaar, maar ook voor monitoring door elke discipline apart.

Daarnaast houdt monitoring in dat tijdens of op het einde van de behandeling wordt geanticipeerd op terugval. Deze terugvalpreventie staat ook vermeld in het PLISSIT-model stappen 2 t/m 5 (zie [Inleiding van Zorg rondom seksuele disfuncties](#)).

8. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

8.1 Inleiding

Mensen met een seksuele disfunctie kunnen, naast lijdensdruk door de stoornis, in bredere zin beperkingen ervaren in hun emotioneel en relationeel functioneren. Seksualiteit is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven.

Hoewel seksuele disfuncties over het algemeen geen invloed hebben op dagelijkse activiteiten, zoals bij andere psychische problemen, kan herstel ook bij seksuele disfuncties om meer gaan dan alleen het reduceren van de lijdensdruk. Gezondheid is het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M., van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(4163), 235–237.

Hieronder wordt ingegaan op wat herstel en herstelgericht werken in het algemeen inhoudt.

8.2 Herstel en herstelgericht werken

8.2.1 Herstel

Om een grotere mate van (seksuele) gezondheid te kunnen bereiken gaat iedereen met seksuele problemen een proces van herstel door. Herstel wordt in het algemeen gezien als een individueel proces gericht op het hervinden van de persoon-lijke identiteit en het hernemen van de regie over het leven. Herstel reikt over de grenzen van een stoornis heen naar een volwaardig en zinvol leven.

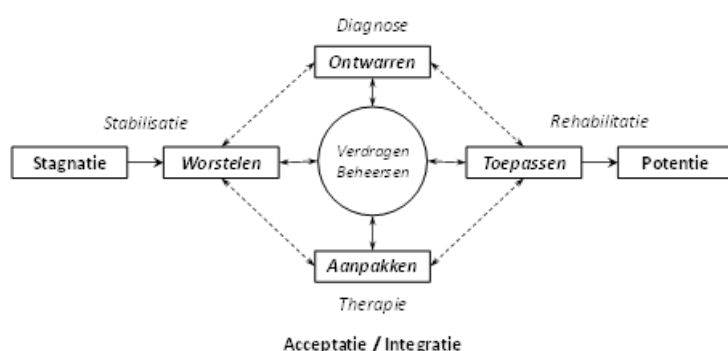
De herstelvisie onderscheidt vier aspecten van herstel, namelijk herstel van symptomen, herstel van functioneren, herstel van participeren en herstel van identiteit. Dat wil zeggen de reductie en de remissie van de klachten, het ontwikkelen van de executieve functies voor de dagelijkse routines, het hervinden van de maatschappelijke identiteit en het vervullen van de maatschappelijke rollen, en het hervinden van zingeving en regievoering door het individu. De vier aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en moeten integraal in ogenschouw worden genomen.

Herstel is een individueel proces en is onderdeel van het normale leven; het gaat om opkrabbelen na tegenslag. Een fundamenteel aspect van herstel is de zoektocht naar een balans tussen kwetsbaarheden en weerbaarheden, opdat de persoon zijn kwetsbaarheden leert te accepteren en weet te integreren met zijn weerbaarheden. Herstel begint daarom ook al aan het begin van het

zorgproces en is een terugkerend thema.

Het herstelproces (zie figuur hieronder) verloopt in essentie van stagnatie naar potentie. Stagnatie gaat over verlies aan functionaliteit, veerkracht en vitaliteit. Potentie gaat over ontdekken en herwinnen van de ruimte om voluit te leven. Tussen stagnatie en potentie liggen de stappen van worstelen, ontwarren, aanpakken en toepassen. Worstelen gaat over leven gericht op overleven. Ontwarren gaat over het verhaal van het individu. Aanpakken gaat over aanleren van vaardigheden en omgaan met klachten. Toepassen gaat over oplossen van problemen en aangaan van contacten. Het is een individueel proces, waarbij de stappen in de loop van het proces een aantal keer herhaald kunnen worden.

Proces van Herstel



8.2.2 Herstelgericht werken

Bij herstelgericht werk wordt het herstelproces gestimuleerd en gefaciliteerd. Wensen en behoefte van het individu zijn uitgangspunt. Bovendien wordt kennis genomen van het persoonlijke verhaal en wordt het handelen daarop aangepast.

Rehabilitatie is een proces waarbij men hulpverlening aan de patiënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving.

Bron: Korevaar, L. & Droës, J. (2016). Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Coutinho.

Dit helpt mensen om binnen hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk te functioneren op alle voor hen relevante levensgebieden, met zo min mogelijk professionele hulp. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken zoals sociale redzaamheid, persoonlijke zorg, huishoudelijke taken, dagstructuur en dagactiviteiten. Maar ook om sociale relaties, maatschappelijk leven, onder-wijs, (vrijwilligers)werk en (zelfstandig) wonen. Bij mensen met een seksuele disfunctie is dit over het algemeen niet aan de orde.

8.2.3 Inventariseren en monitoren van functioneren

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) vormt het referentiekader voor het bepalen van het menselijk functioneren. De World Health Organization (WHO) heeft op basis van de ICF de [Disability Assessment Schedule \(DAS\) 2.0](#) opgesteld, een rapportagelijst van 36 items. De rapportagelijst is opgenomen in de DSM-5 als instrument om de beperkingen in het functioneren op zes domeinen in kaart te brengen. Hoewel de WHODAS nog niet voor de Nederlandse situatie is gevalideerd, wordt toch aanbevolen het instrument te gebruiken om het (dis)functioneren van patiënten te monitoren.

Het participatiewiel kan gebruikt worden als hulpmiddel om problemen op het terrein van functioneren en participeren in kaart te brengen (zie ook [Movisie.nl](#)). Dit instrument stelt de leefwereld van het individu centraal en kan gebruikt worden om de individuele wensen en behoeften inclusief obstakels en hindernissen in kaart te brengen en vervolgens gericht actie te ondernemen op de relevante terreinen.

Meer informatie en interventies zijn te vinden in de [generieke Module Herstelondersteuning](#).

8.3 Participatie en re-integratie

Er is niets bekend over de directe invloed van seksuele disfuncties of de behandeling daarvan op het sociaal-maatschappelijk functioneren. Het is wel duidelijk dat seksueel plezier, seksuele bevrediging en een positief seksueel zelfbeeld bijdragen aan lichamelijke en geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven.

Bron: Diamond, L.S., & Huebner, D.M. Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 54-69.

Dat geldt ook voor gezonde ouderen

Bron: Freak-Poli, R., De Castro Lima, G., Direk, N., Jaspers, L., Pitts, M., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2016). Happiness, rather than depression, is associated with sexual behaviour in partnered older adults. *Age and Ageing*, 46, 101-107

en voor mensen met een chronische ziekte of beperking.

Bron: Steinke, E.E. (2013). Sexuality and chronic illness. *J Gerontol Nurs.*, 39,18-27.

Bovendien hangt seksuele gezondheid sterk samen met de kwaliteit van partnerrelaties.

Bron: Sprecher, S., Christopher, F.S., Cate, R., Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (2006). Sexuality in close relationships. In *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 463-482). New York: Cambridge University Press.

Volwassenen die in de kindertijd of adolescentie te maken hebben gehad met een chronische aandoening of ziekte hebben minder vaak een relatie dan gezonde volwassenen

Bron: Wengenroth, L., Rueegg, C.S., Michel, G., Essig, S., Ammann, R.A., Bergstraesser, E., Kuehni, C.E. (2014). Swiss Paediatric Oncology Group (SPOG). Life partnerships in childhood cancer survivors, their siblings, and the general population. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(3), 538-45.

en hebben een grotere kans op seksuele problemen.

Bron: Mitchell, L., Lewin, J., Dirks, J., Wang, K., Tam, S., Katz, A., McCann, B., Lo, K., Laurence, V., Rousset-Jablonski, C., & Gupta, A.A. (2018). Sexual health issues for the young adult with cancer: An international symposium held during the first global adolescents and young adults cancer congress. *Journal of Adolescent and Young Adult oncology*, in press, doi: 10.1089/jayao.2017.0067.

Uit Nederlandse cijfers van het [Patiëntenpanel Chronisch Zieken](#) wordt van de gerapporteerde psychosociale problemen seksualiteit het vaakst genoemd. Ook voor (ex)kankerpatiënten is seksualiteit 5 tot 15 jaar [na een kankerdiagnose](#) nog steeds het belangrijkste probleemgebied. Deze gegevens suggereren dat adequate behandeling van seksuele stoornissen voor veel mensen tot een verbetering van het sociaal-maatschappelijk functioneren kan leiden.

Ook de klinische praktijk laat zien dat mensen met seksuele disfuncties sociaal-maatschappelijk op verschillende vlakken problemen ervaren. Als gevolg van de seksuele klachten worden de volgende zaken gemeld: relationele problematiek, negatief zelfbeeld, acceptatieproblemen, gebrek aan sociale steun. Deze aspecten worden geïntegreerd in de behandeling van de seksuele disfunctie.

9. Generieke modules

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

9.1 Diversiteit

De [generieke module Diversiteit](#) biedt handvatten voor diagnostiek en behandeling van niet-westerse allochtone volwassenen en jeugdige populaties (de generieke module). Voor de zorg omtrent seksuele disfuncties is het van belang dat de culturele achtergrond van de patiënt in acht genomen wordt.

9.2 Zelfmanagement

De [generieke module Zelfmanagement](#) beschrijft concrete aanbevelingen ten aanzien van het inzetten van zelfmanagementstrategieën door zorgverleners. Daarnaast worden aanwijzingen gegeven voor de inhoud en organisatie van het proces tot bevordering van zelfmanagement van patiënten in de ggz. Zelfmanagement speelt een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling van seksuele disfuncties bijvoorbeeld in de vorm van hulpzoekgedrag, gezamenlijke besluitvorming en eHealth, zie paragraaf [Zelfmanagement](#) en paragraaf [eHealth](#).

9.3 eHealth

In de [generieke module eHealth](#) GGz zijn criteria en handvatten opgenomen ter ondersteuning van patiënten en familieleden. Hierdoor wordt hun empowerment en zelfmanagement versterkt. De module ondersteunt zorgverleners doordat zij zich niet alleen een goed beeld van eHealth kunnen vormen, maar ook vertrouwen krijgen in gefundeerde keuzes van de toegepaste eHealth. EHealth kan een veelbelovende manier van hulpverlening zijn voor zowel volwassenen als jongeren die kampen met seksuele klachten, zie ook paragraaf [Zelfmanagement](#).

9.4 Bijwerkingen

Voor een beschrijving van het gebruik en invloed van medicatie is de [generieke module Bijwerkingen](#) beschikbaar. Voor de zorg omtrent seksuele disfuncties is het van belang dat in diagnostiek en behandeling rekening gehouden wordt met de mogelijke invloed van medicatie op seksueel functioneren, zie bijvoorbeeld [Seksuele respons en etiologie van seksuele stoornissen](#) en [Seksueledisfuncties.nl/geneesmiddel](https://seksueledisfuncties.nl/geneesmiddel).

9.5 Comorbiditeit

De [generieke module Comorbiditeit](#) geeft handvatten voor de benadering van psychiatrische patiënten met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit. Voor de zorg bij seksuele disfuncties is het van belang dat bij diagnostiek en behandeling rekening gehouden wordt met (mogelijke) comorbiditeit, zie [Diagnostiek en monitoring](#).

9.6 Psychische klachten in de huisartsenpraktijk

Voor een beschrijving van aanbevolen hulpverlening bij psychische klachten in de huisartsenpraktijk is de generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk beschikbaar.

De [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#) bevat aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk. De module biedt tevens handvatten voor de huisarts en de praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ) om vanuit de gepresenteerde klacht via klacht- en hulpvraagverheldering, anamnese (aard, ernst en duur van de klachten), ervaren lijdensdruk en disfunctioneren tot een werkhypothese/diagnose te komen. Voor een passende doorverwijzing bij seksuele klachten is zorgvuldige klachtverheldering door de huisarts en/of POH-GGZ en/of zorgverlener die ervaring heeft met of gespecialiseerd is in seksuele klachten van belang, zie ook [Het zorgpad bij seksuele disfuncties](#).

9.7 Vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen

De generieke module [Vroege opsporing psychische klachten en aandoeningen in de volwassen bevolking](#) biedt handvatten om nieuwe gevallen van volwaardige DSM-stoornissen te voorkomen of deze (indien al aanwezig) eerder op te sporen. Deze handvatten kunnen een proactieve benadering ten aanzien van seksueel functioneren ondersteunen en vroege onderkenning en/of preventie van seksuele disfuncties bevorderen, zie ook [Vroege onderkenning en preventie](#).

9.8 Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)

De generieke module [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#) biedt aanbevelingen ter ondersteuning van het handelen van zorgprofessionals zowel binnen de ggz als binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en aanpalende sectoren. De bedoeling is daarmee de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB te verbeteren. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) vraagt seksualiteit vaak om specifieke begeleiding door zorgverleners met een voor deze doelgroep specifieke seksuologische expertise.

9.9 Psychotherapie

De [generieke module Psychotherapie](#) biedt inzicht in de inhoud en organisatie van psychotherapeutische zorg, en biedt handvatten voor verdere kwaliteitsontwikkeling op het gebied van psychotherapie. Voor de zorg bij seksuele disfuncties is deze module relevant wanneer er sprake is van psychische comorbiditeit en/of langdurige (primaire) en gegeneraliseerde problematiek, zie ook [Intensieve therapie](#).

9.10 Ouderen met psychische aandoeningen

De [generieke module Ouderen met psychische aandoeningen](#) biedt zorgprofessionals en

zorggebruikers in de ouderenpsychiatrie ondersteuning in het geven en ontvangen van de best passende zorg. Ook binnen de ouderenpopulatie is er, net als binnen alle andere leeftijdscategorieën, een grote diversiteit in relatievormen en seksualiteit, zie ook [Seksuele grensoverschrijding](#).

10. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

10.1 Inleiding

Dit onderdeel beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met seksuele klachten en beoogt kwalitatief goede, integrale en continue zorg op basis van interdisciplinaire samenwerking te faciliteren. Het gaat daarbij om zorgstandaard onafhankelijke aspecten en zorgstandaard afhankelijke aspecten. Een belangrijk onderdeel van dit hoofdstuk zijn ook de afspraken rond het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid). Dit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces.

10.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

10.2.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

Voortvloeiend uit het [Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014] is enkele jaren geleden een herziene structuur voor de ggz geïntroduceerd om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De herziening heeft als doel een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons: meer zorg vanuit de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement. De nieuwe ggz-structuur wijzigde de werkdomeinen van de verschillende echelons. De huisarts kan met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van eHealth en consultatiemogelijkheden bij de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de generalistische basis ggz worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de gespecialiseerde ggz is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de gespecialiseerde ggz is de hoogspecialistische ggz, die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de gespecialiseerde ggz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de hoogspecialistische ggz.

Gepast gebruik

Naast deze echelonering is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen de voorliggende zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Om over- en

onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken. Zorgaanbieders zorgen er daarom voor dat de volgende zaken in hun organisatie/praktijk geregeld zijn:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en via intervisie en peer reviews.
- zorgverleners hebben voldoende kennis over het betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein;
- ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens (Routine Outcome Monitoring gegevens) aan voor de landelijke benchmark GGz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

10.2.2 Regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat een van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door een zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een –gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden.

Voor deze voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar wordt verwezen naar het [Model Kwaliteitsstatuut GGz](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

10.2.3 Overdracht en consultatie

In een aantal generieke modules die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zijn opgesteld worden specifieke afspraken gemaakt ten aanzien van zaken als overdracht & consultatie. Zo worden in de [Landelijke Samenwerkingafspraken ggz \(LGA\) tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#) aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie,

verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van deze LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De genoemde LGA is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen c.q. het sociale domein. Verwezen wordt naar de relevante Generieke modules. Zeker in crisissituaties worden ook naasten geïnformeerd.

10.2.4 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom bevat een zorgstandaard een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden. Dit vereist onder meer eenheid van taal. Partijen zullen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners onderling. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en worden er geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om. In de informatiestandaard wordt ook aandacht besteed aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals. Zie ook [Wegwijzer voor zorgprofessionals: Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden](#).

10.2.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast:

zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;

- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over klachten met de bekostiging van medicijnen of klachten met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

georganiseerde begeleiding de juiste GGZ-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig;

- worden wachtlijsten voorkomen.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

10.2.6 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een onderzoek of behandeling. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of begeleiding. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie. Als het gaat om een minderjarige tot 16 jaar of wilsonbekwame meerderjarige patiënt dan is toestemming nodig van de wettelijk vertegenwoordiger. Naasten van de volwassen patiënt kunnen ook vertegenwoordiger zijn, maar zijn dat niet automatisch. Deze kunnen door de rechter worden benoemd of door de patiënt worden aangewezen. Bij ontbreken daarvan geldt op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) een hiërarchie bij echtgenoot/partner, kinderen en broers en zussen.

Keuzemogelijkheden

De ggz is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent wordt recht gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De patiënt blijft in de gelegenheid zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen. Daarbij dient hij zich te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter een vereiste. Alle

zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

10.2.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg (Wlz).

Patiëntondersteuning is in de wet omschreven als: 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'.

In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Dit kan gaan om vragen op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenaamde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. De patiëntondersteuner helpt dus de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Deze omschrijving maakt ook duidelijk wat een patiëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun klachten op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén patiëntondersteuning genoemd. Volgens het inspiratiedocument van de VNG

inspiratiedocument van de VNG: VNG (2015). Inspiratiedocument patiëntondersteuning, [Meer informatie](#)

kan patiëntondersteuning in 3 lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle 3 de lagen:

- Patiëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
- Patiëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociale domein.

- Patiëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

10.2.8 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd [Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst](#) en [Algemene Verordening persoonsgegevens \(AVG\)](#) en [Uitvoeringswet AVG](#). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim [Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg](#). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

10.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

10.3.1 Het zorgpad bij seksuele disfuncties

Voor mensen met een seksuele klacht en/of disfunctie zal de huisarts veelal het eerste aanspreekpunt zijn. Ook personen die zich in eerste instantie hebben gewend tot het internet voor het zoeken van informatie kiezen vervolgens voor de huisarts als professioneel aanspreekpunt.

In de huisartsenzorg kunnen huisartsen (soms gecombineerd met de POH-GGZ en/of zorgverlener die ervaring heeft met of gespecialiseerd is in seksuele klachten) en, bij jongeren tot 25 jaar, de GGD (Sense) in eerste instantie enkelvoudige seksuele problemen behandelen. De GGD kan ingezet worden op het terrein van voorlichting en preventie en waar nodig seksuele gezondheidsbeleid ontwikkelen binnen instellingen. De huisarts heeft weliswaar de beschikking over de NHG-Standaard Seksuele klachten maar zal zich wat de behandeling betreft in het algemeen beperken tot het waar mogelijk normaliseren van de klacht, het geven van eenvoudige adviezen en het motiveren om hulp te zoeken. Waar nodig zal lichamelijk onderzoek zijn verricht, medicatie zijn voorgeschreven (met name bij mannen) en zijn verwezen naar een bekkenfysiotherapeut. De huisarts kan in de NHG Standaard Seksuele klachten beschikken over criteria wanneer moet worden doorverwezen naar een somatisch specialist, psycholoog of seksuoloog NVVS

NVVS: Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie

In de ggz kunnen GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters geconfronteerd worden met seksuele problematiek als onderdeel van de (niet-seksuele) problematiek waarvoor oorspronkelijk werd verwezen. In instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, in de revalidatiezorg en de ouderenzorg kan dat ook het geval zijn.

Indien er gespecialiseerde seksuologische expertise wordt gewenst, kunnen patiënten en verwijzers zich wenden tot een zorgverlener die zich bekwaamd heeft in het bieden van deze zorg. Deze zorgverleners hebben ervaring en affiniteit met deze problematiek en volgen hiervoor de bij- en nascholing die hiervoor worden aangeboden. Een registratie als seksuoloog NVVS

registratie als seksuoloog NVVS: Zie de website van de NVVS.

[Meer informatie](#)

of consulent seksuele gezondheid NVVS is een van de mogelijkheden om dit aan te tonen.

De mogelijke vervolgstappen na het bezoek aan de huisarts zijn dan ook in de huidige situatie:

- Via de huisarts naar een vrijgevestigde GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater, gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van seksuele disfuncties, afhankelijk van ernst en complexiteit/comorbiditeit in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz. Zo nodig schakelt deze zorgaanbieders uit zijn/haar professionele netwerk in.
- Via de huisarts naar een (gespecialiseerd) multidisciplinair seksuologisch team (zowel generalistische basis ggz als gespecialiseerde ggz). Deze teams zijn gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van seksuele disfuncties gecombineerd met (complexe) psychische problematiek. Diverse disciplines, waaronder BIG geregistreerde psychologen en psychiaters zijn verbonden aan het team. In deze teams zijn de zorgverleners bekwaam in de behandeling van patiënten met seksuele disfuncties.
- Via de huisarts naar een polikliniek seksuologie. Deze poliklinieken zijn gespecialiseerd in de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van seksuele disfuncties waarbij sprake is van somatische en/of (complexe) psychiatrische problematiek. Diverse disciplines, waaronder medisch specialisten en BIG geregistreerde psychologen en psychiaters zijn verbonden aan het team. In deze teams zijn de zorgverleners bekwaam in de behandeling van patiënten met seksuele disfuncties.

In het algemeen zal bij enkelvoudige seksuele disfuncties verwezen worden naar een zorgverlener in de vrijgevestigde generalistische basis ggz. De patiënt zal de hulp in dat geval wel zelf moeten betalen. Bij (ernstige) psychische comorbiditeit kan verwezen worden naar een multidisciplinair seksuologisch team in een ggz-instelling (generalistische basis ggz of gespecialiseerde GGz), danwel naar een professioneel netwerk van (vrijgevestigde) behandelaren. Bij (ernstige) somatische

comorbiditeit kan verwezen worden naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis of in een universitair medisch centrum.

De keuze voor een van de hierboven beschreven vervolgstappen zal, naast de verwijsindicatie, bepaald worden door de vergoeding van de zorg. [Zie paragraaf 8.5 Financiering] voor knelpunten op dit gebied. Een behandeling in de ggz wordt noodzakelijk geacht bij het bestaan van psychische comorbiditeit. Partnerrelatieproblematiek wordt niet als hoofdklacht vergoed terwijl dit een essentieel onderdeel kan vormen (primair dan wel secundair) van seksuele problematiek.

Voor sommige mensen is het belangrijk dat de zorginstelling aansluit bij de eigen culturele achtergrond. Voorbeelden van dergelijke instellingen zijn I-psy, Noagg en Eleos.

Patiëntenperspectief

Schaamte, geringe kennis over seksualiteit of van het eigen lichaam, of de wens om 'anoniem' te blijven is vaak reden om een bezoek aan de huisarts voor seksuele klachten te vermijden of uit te stellen. Ook verwijzen huisartsen soms te laat of verkeerd door, waardoor patiënten niet altijd bij de juiste zorgverlener terecht komen: uit patiëntervaringen komt naar voren dat een deel van de mensen met een seksuele klacht en/of disfunctie een lange zoektocht in het somatische circuit achter de rug hebben, lang niet altijd met het gewenste resultaat. De kans is groot dat zij in zo'n geval de behandeling vroegtijdig stoppen. Persoonlijke factoren spelen hierbij ook een rol: Patiënten zijn behandel-moe en willen niet voortdurend geconfronteerd worden met hun 'disfunctioneren'; het probleem verliest urgentie als de relatie wordt beëindigd; er is geen steun van partner/omgeving; of men kan de behandeling niet meer betalen. Andere mensen starten een behandeltraject, stoppen wanneer het te weinig resultaat oplevert en/of als ze het vertrouwen in de behandeling verliezen, of zoeken weer hulp als zich in een nieuwe relatie opnieuw seksuele problemen voordoen. Dan volgt er opnieuw een bezoek aan de huisarts voor een nieuwe verwijzing.

10.3.2 Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners

Uitgangspunt bij de behandeling van seksuele disfuncties is interdisciplinair denken én (zo nodig) interdisciplinair handelen. Dit betekent dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen behandelaars vanuit verschillende disciplines wenselijk is, ongeacht de werksetting. Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners vindt idealiter op verschillende manieren plaats.

Informeren van de verwijzer

In overeenstemming met de [Landelijke samenwerkingsafspraken ggz](#) wordt de verwijzer (vaak de huisarts) door de betrokken zorgverlener(s) op de hoogte gehouden van het behandelverloop. De zorgverlener stuurt de huisarts een rapportage na een consultatie, na de intake en bij afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft. De zorgverlener legt het belang van het informeren en het betrekken van de huisarts bij start van de behandeling aan de patiënt uit.

Consultatie-afspraken

In eerste lijn kunnen consultatie-afspraken gemaakt worden tussen huisarts en de betrokken zorgverlener(s). Het doel van een dergelijke afspraak kan zijn om kennis uit te wisselen omtrent de behandelgeschiedenis, medicatie en comorbiditeit van een patiënt. Het maken van consultatie-

afspraken lijkt voor de behandeling van seksuele stoornissen minder gebruikelijk dan voor de behandeling van andere stoornissen. Zorgverleners weten elkaar niet altijd te vinden.

Multidisciplinair overleg

Multidisciplinair overleg (MDO) is een vereiste bij de behandeling van seksuele disfuncties waarbij de expertise van meerdere disciplines mag worden verwacht. Bij seksuele disfuncties als orgasmeproblemen bij vrouwen of vaginisme is zeer zelden somatische expertise vereist. Ook als er geen sprake is van gelijktijdige behandeling door verschillende behandelaars is het wenselijk dat er overlegd wordt met andere relevante disciplines. Dit geldt niet alleen voor zorgverleners werkzaam bij een multidisciplinair seksuologisch team in de ggz of een polikliniek seksuologie in een ziekenhuis, maar ook voor vrijgevestigden. Ook zij maken bij voorkeur deel uit van een interdisciplinair regionaal netwerk van zorgverleners.

Intervisie

Intervisie of intercollegiaal overleg is gericht op het bespreken van kortdurende vragen over bijvoorbeeld behandelmethoden. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist, mits de patiënt anoniem wordt besproken. Idealiter zijn verschillende disciplines in de intervisiegroep vertegenwoordigd.

10.3.3 Rechten van de patiënt

Aangezien seksualiteit voor veel patiënten een moeilijk onderwerp is, kan het geen kwaad patiënten expliciet te wijzen op de rechten die zij hebben, al zijn het geen andere rechten dan bij elk ander probleem. Bij voorkeur wordt hier in het intakegesprek aan gerefereerd. Onder andere kunnen zorgverlener en patiënt overeenkomen dat een zorgverlener alles mag vragen zolang de patiënt het recht heeft om een antwoord te weigeren. Ook kan de patiënt verzoeken om bepaalde details van de anamnese niet op te nemen in een schriftelijk dossier, of weigeren stagiairs bij het gesprek aanwezig te laten zijn. Privacy wordt gewaarborgd, ook ten opzichte van een eventuele partner die in het gesprek wordt betrokken. Expliciet moet toestemming worden gevraagd voor rapportage aan de huisarts of andere verwijzer. Indien een patiënt zich onredelijk of onheus behandeld voelt is een klachtenprocedure mogelijk conform de afspraken binnen de instelling en/of de beroepsvereniging.

10.3.4 Competenties van de zorgverlener

Om op professionele en effectieve wijze met patiënten over seksualiteit te kunnen spreken en vragen of klachten te behandelen zijn een aantal basiscompetenties noodzakelijk. Alle zorgprofessionals dienen over deze basiscompetenties te beschikken. Het gaat om seksuologisch inhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Voldoende kennis over en aandacht voor seksuele problematiek is een belangrijke voorwaarde voor (passende) doorverwijzing en behandeling. Zo dient huisarts seksuele problematiek te kunnen signaleren en (durven) uitvragen om tot een goede verwijzing te komen, en een zorgverlener in de ggz moet over voldoende kennis beschikken om te kunnen doorverwijzen wanneer de behandeling niet het gewenste effect heeft en/of de behandeling niet aansluit bij kenmerken van de klacht en/of de patiënt.

Seksuologisch onderwijs en het aanleren van seksuologische vaardigheden is voor elke zorgverlener in de somatische en geestelijke gezondheidszorg van groot belang, evenals een open en zelfreflectieve attitude ten aanzien van seksualiteit. Het thema seksualiteit raakt immers ook de eigen normen en waarden. Zich hiervan bewust zijn en dit kunnen hanteren is een belangrijke vaardigheid. Helaas ontbreekt dit onderwijs vaak of is het zeer beperkt in zowel medische opleidingen als opleidingen voor de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Het is noodzakelijk om meer aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele stoornissen in deze opleidingen. Momenteel is de opgedane kennis van zorgverleners dan ook vaak onvoldoende om zelfstandig seksuele disfuncties te diagnosticeren en te behandelen. Van elke zorgverlener mag worden verwacht dat hij of zij seksuele klachten signaleert, bespreekbaar maakt, en waar nodig eenvoudige informatie geeft. Indien naar het oordeel van de zorgverlener de aard of ernst van de problematiek behandeling door de betreffende zorgverlener of in de betreffende setting onmogelijk is verwijst deze door naar een zorgverlener die aantoonbare ervaring en bij- en nascholing op het gebied van de seksuologie heeft.

10.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. In deze paragraaf over het kwaliteitsbeleid wordt aandacht besteed aan de voorwaarden voor het werken volgens de zorgstandaard, registratie en benchmarken. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), die met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, Routine Outcome Monitoring (ROM) en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

10.4.1 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 is het zogeheten kwaliteitsstatuut van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale

kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;

- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- Stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [Model Kwaliteitsstatuut GGZ](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

10.4.2 Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken.

Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

10.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

10.5.1 Systematische review kosteneffectiviteit en budget impact analyse

Met behulp van een systematische review werden 4 studies gevonden waarin werd gerapporteerd over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op seksuele disfuncties. De beschrijving van de review en de opzet, resultaten en kwaliteit van de gevonden studies staan beschreven in het achtergronddocument [Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse](#). Naast een systematische review werd een budget impact analyse uitgevoerd. Hierbij werd onderzocht wat de impact zou zijn op de benodigde budgets, wanneer een recent in Nederland onderzochte interventie (brief sexual counseling) op grotere schaal zou worden aangeboden.

Conclusie

Twee algemene bevindingen kunnen worden gedaan op basis van de systematische review en de budget impact analyse:

- Systematische review: de studies die de kosteneffectiviteit onderzochten van de behandeling van erectiele disfunctie door middel van PDE-5-remmers laten zien dat deze medicatie met grote kans kosteneffectief is ten opzichte van het gebruik van geen medicatie of een ander erectiebevorderend middel. De kosteneffectiviteit van PDE-5-remmers ten opzichte van seksuologische behandeling werd niet onderzocht. Het aanbieden van brief sexual counseling leidt mogelijk tot een maatschappelijke kostenbesparing.
- Budget impact analyse: het aanbieden van brief sexual counseling aan jaarlijks 1.000 adolescenten

met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren leidt naar verwachting tot een maatschappelijke kostenbesparing van ± €180.000 per jaar.

Een algemene beperking bij de bevindingen omtrent deze studies is dat de hoeveelheid studies beperkt is en dat de kwaliteit van de studies niet optimaal is. Bij de Budget Impact Analyse is de beperking dat deze analyse slechts gebaseerd kon worden op 1 studie van beperkte duur (6 maanden) en omvang (71 deelnemers). De resultaten van de Budget Impact Analyse zijn echter veelbelovend. Het is belangrijk om verdere implementatie van de interventie te voorzien van additioneel onderzoek waaruit moet blijken of de studieresultaten standhouden in de praktijk en om te onderzoeken welke patiënten goed en welke patiënten minder goed op de interventie lijken te reageren.

10.6 Financiering

10.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

10.6.2 Specifiek

Vergoeding door zorgverzekeraars van de hulpverlening aan patiënten met seksuele disfuncties is alleen beschikbaar onder bepaalde voorwaarden. Na discussie over het 'Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2' van het College voor Zorgverzekeringen (tegenwoordig: Zorginstituut Nederland) uit 2013 is door VWS het volgende bepaald:

1. Seksuele disfuncties die samenhangen met andere somatische stoornissen worden doorverwezen naar een medisch specialist.
 2. Seksuele disfuncties die samenhangen met andere psychische stoornissen worden doorverwezen naar de (generalistische basis- of gespecialiseerde-) GGZ.
 3. Seksuele disfuncties die niet samenhangen met somatische of psychische stoornissen zijn onderdeel van de huisartsenzorg inclusief de POH-GGZ.
- Met betrekking tot punt 1: de zorg door de medisch specialist wordt vergoed. Daarvoor zal de patiënt eerst deze specialist moeten bezoeken. De medisch specialist kan vervolgens een andere zorgverlener inschakelen die afhankelijk is van de medisch specialist voor de vergoeding van de seksuologische behandeling.
 - Met betrekking tot punt 2: de behandeling van de seksuele disfunctie wordt niet vergoed als die hoofddiagnose is. Er zal sprake moeten zijn van samenhang met een andere DSM-diagnose die wel

onder de verzekerde zorg valt.

- Met betrekking tot punt 3: de hulpverlening door de huisarts en POH wordt volledig vergoed. Indien de huisarts voor de behandeling van 'enkelvoudige seksuele disfuncties' een andere zorgverlener inschakelt komen de kosten van de behandeling voor eigen rekening van de patiënt.

Ook de behandeling van patiënten met enkelvoudige seksuele disfuncties dient te geschieden door behandelaren die voldoende deskundig zijn op dit gebied. Als dit niet het geval is zal er snel sprake zijn van ondoelmatige zorg. Behandeling van enkelvoudige seksuele disfuncties komt nu alleen voor vergoeding in aanmerking indien behandeling plaatsvindt door een huisarts/POH-GGZ of een medisch specialist. Omdat deze zorgverleners over het algemeen niet beschikken over voldoende deskundigheid is het de vraag of de huidige zorg doelmatig en effectief is.

Voor het realiseren van een goed zorgklimaat op seksuologisch gebied, is het wenselijk dat de behandeling van patiënten met seksuele disfuncties als hoofddiagnose valt onder de verzekerde zorg in de generalistische basis ggz.

11. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 03-03-2020 Beoordelingsdatum 03-03-2020

11.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de paragraaf [diagnostiek & monitoring](#) leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Deze zorgstandaard wordt binnenkort aangeboden

wordt binnenkort aangeboden: Voor de zorgstandaard 'Seksuele disfuncties' is inmiddels een implementatieplan geschreven welke momenteel ter autorisatie is voorgelegd aan partijen (deadline 27 maart 2020). Nadat het implementatieplan is geaccordeerd, zal de gehele standaard worden aangeboden aan het Register van het zorginstituut.

Niet alle partijen die de zorgstandaard 'Seksuele disfuncties' hebben onderschreven hebben het hoofdstuk 'kwaliteitsindicatoren' onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk.

Platform Meer GGZ: geen reactie

NVGzP: niet akkoord: Op basis van de opmerkingen van onze leden zijn wij van mening dat de indicatoren onvolledig zijn en zodoende niet goed aansluiten bij het monitoren van een effectieve en/of efficiënte behandeling. Zodoende vindt de NVGzP het belangrijk dat deze aanvullingen eerst worden gedaan, voordat wij formeel akkoord kunnen gaan met deze lijst van indicatoren en methodieken. Zodoende moeten wij ook bij deze standaarden aangeven dat wij deze in de huidige vorm niet kunnen autoriseren. Wij begrijpen dat we daarbij heel kritisch zijn. Echter, gezien de historie van ROM en de eis dat in de nieuwe vorm uitgangspunt de bruikbaarheid in de behandelkamer is, zijn we van mening dat een dergelijke, kritische houding noodzakelijk is.

LV POH-ggz: geen reactie

aan het Register van het zorginstituut Nederland.

11.2 Uitkomstindicatoren

11.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt

de patiënt: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

11.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard Seksuele Disfuncties. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

De instrumenten voor volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen. Als een instrument alleen geschikt is voor ouderen, staat deze in de kolom voor ouderen.

Overzicht van instrumenten per indicator en doelgroep			
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)		
<i>Alleen geschikt voor vrouwen</i>	Female Sexual Function Index (FSFI)		
<i>Alleen geschikt voor mannen</i>	International Index of Erectile Dysfunction (IIEF)		
<i>Alleen geschikt voor vrouwen</i>	Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R)		
	Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)		
	Outcome Questionnaire-45 (OQ45)		
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21 en DASS 42)		
	Korte Klachtenlijst (KKL)		
Functioneel herstel	World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)		
	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-12)	HoNOS-CA	HoNOS 65+
	Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL)		
	Clinical Global Improvement (CGI)		
	Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Core-10, Core-34)		
Kwaliteit van leven	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)		
	EuroQol 5 Dimensions (EQ5D)		
Patiënt-ervaringen	Consumer Quality Index (CQi)	Consumer Quality Index (CQi) vanaf 16 jaar	
	Session Rating Scale (SRS)		

11.2.3 Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

De **Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)**

Bron: Rust, J. & Golombok, S. (1986) The GRISS: A Psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction, Archives of Sexual Behavior, 15(2), 157-165.
ter Kuile MM1, van Lankveld JJ, Kalkhoven P, van Egmond M. (1999) The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): psychometric properties within a Dutch population. J Sex Marital Ther. 1999 Jan-Mar;25(1):59-71.

is een 28 item vragenlijst om de meest voorkomende seksuele klachten binnen relaties vast te

stellen. Deze vragenlijst is beschikbaar in twee versies; een voor mannen, een voor vrouwen. De totaalscore van de items geeft een impressie van iemands (on)tevredenheid op seksueel gebied binnen een relatie. Afname duurt ongeveer 20 minuten, de vragen worden gescoord op een vijfpuntsschaal.

De *Female Sexual Function Index (FSFI)*

Bron: Moniek ter Kuile, Marieke Brauer, Ellen Laan; De Female Sexual Function Index (FSFI) en Female sexual distress scale: psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie (2009), Tijdschrift voor seksuologie (2019) 33-3; 207-222

Developed by Bayer AC, Zonagen, Inc. and Target Health Inc. Copyright ©2000 All Rights Reserved. Translated by E.Laan and L.Beekman; Copyright ©2001 All Rights Reserved.

is een multidimensionele zelfrapportagevragenlijst voor het beoordelen van het seksueel functioneren bij vrouwen. De lijst bestaat uit 19 vragen waarmee op een 5-puntsschaal de mate van seksuele opwinding of seksuele activiteit gedurende de afgelopen 4 weken wordt beoordeeld.

De *International Index of Erectile Dysfunction*

International Index of Erectile Dysfunction: Het belangrijke diagnostische criterium 'lijdensdruk' wordt door de IIEF niet geëvalueerd. Er zijn voor mannen geen gevalideerde vragenlijsten voor het meten van lijdensdruk zoals de FSDS voor vrouwen. De FSDS, is inhoudelijk ook geschikt voor mannen. Ondanks dat deze niet voor deze groep is gevalideerd.

(IIEF)

Bron: Rosen, R.C., Cappelleri, J.C. & Gendrano, N.; *The internationale Index of Erectile Function (IIEF): a state of the science review; International Journal of impotence research; 226-244 (2002)*

is een multidimensionale zelfrapportagevragenlijst gericht op het vermogen een erectie te krijgen en de kwaliteit van het seksleven. De vragen worden op een 5 en 6-punts Likertschaal beantwoord. Er worden zes subschalen onderscheiden: erectiefunctie, orgasmefunctie, seksueel verlangen, tevredenheid geslachtsgemeenschap en algehele tevredenheid.

De *Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R)*

Bron: Developed by Bayer AC, Zonagen, Inc. and Target Health Inc. Copyright ©2000 All Rights Reserved. Translated by E.Laan and L.Beekman; Copyright ©2001 All Rights Reserved.

is een multidimensionale zelfrapportagevragenlijst voor het beoordelen van seksuele onvrede bij vrouwen. De FSDS-R bestaat uit 13 items die betrekking hebben op verschillende aspecten van seks-gerelateerde onvrede bij vrouwen. De antwoorden zijn gebaseerd op de frequentie waarmee elk onderwerp problemen veroorzaakt voor hun welzijn binnen de afgelopen 30 dagen. De score wordt berekend door alle scores op te tellen; hoe hoger de score hoe hoger de seksuele onvrede.

11.2.4 Generieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

De Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)

Bron: Carlier, I. et al (2012). Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. Psychiatry Research, 200 (2-3), 904-910.

Carlier I. et al. (2014). The Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) as an outcome measure for psychological distress in psychiatric outpatients: test-retest reliability and responsiveness to therapeutic change. Intern rapport LUMC Psychiatrie

is een vragenlijst (zelfrapportage) die gebruikt kan worden om algemene psychopathologie (angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten) te meten. De SQ-48 bestaat uit 48 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De SQ-48 heeft 7 schalen (angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, somatische klachten, vijandigheid, cognitieve klachten) en 2 subschalen (vitaliteit en werk). De terugvraagperiode is 1 week.

De Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)

Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) : <http://www.oqmeasures.com/>

is een screening- en uitkomstinstrument om behandeling te monitoren en behandelaars feedback te geven over voortgang behandeling van patiënt. De OQ-45 meet niet alleen lichamelijke klachten maar ook algemeen functioneren. Er zijn 45 vragen die gescoord worden

van nooit (0) tot bijna altijd (4), waarbij sommige items gespiegeld zijn. De score wordt bepaald door de somscore van de items te middelen. De OQ heeft de 3 subschalen:

- **Symptomatische Distress (SD):** 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst, en alcohol/drugsverslaving.
- **Interpersoonlijke Relaties (IR):** 11 items die het functioneren in relaties met partner, familie en vrienden in kaart brengen.
- **Sociale Rol (SR):** 9 items die het functioneren op school, werk en vrije tijd meten.

NB: In de Nederlandse versie wordt ook de Angst en Somatische Distress schaal onderscheiden (valide).

De Brief Symptom Inventory (BSI)

Bron: De Beurs, E. (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

is een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Tevens geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen.

De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is 1 week. De BSI heeft 9 subschalen (somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY).

De Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21R)

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

(ook wel bekend als Module 10 of MATE-Q2) is bedoeld om patiënten op te sporen waarbij mogelijke behandeling voor angst-, stemmings-, of stresssymptomen is geïndiceerd. De lijst bestaat uit 21 vragen waarbij steeds een keuze gemaakt wordt uit vier antwoordmogelijkheden van “Helemaal niet of nooit van toepassing” tot “Zeer zeker of meestal van toepassing”. De terugvraagperiode is 7 dagen. De DASS-21 is een zelfbeoordelingslijst.

De Korte Klachtenlijst (KKL)

Bron: Lange, A. & Appelo M. (2007). Handleiding Korte Klachten Lijst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

geeft snel en betrouwbaar een valide indicatie van de mate waarin iemand psychisch lijdt. Het gaat hierbij om de volgende klachten: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen. De KKL bestaat uit 14 items, die worden gescoord op een vijfpuntsschaal van 0 (geen) tot 4 (heel erg). De patiënt vult deze vragenlijst zelf in.

Mate van functioneel herstel

De WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2)

Bron: De WHODAS2 is integraal opgenomen in het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®), in het hoofdstuk 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling'.

is een meetinstrument om beperkingen vast te stellen in het functioneren van mensen met een gezondheidsprobleem. Dit instrument bestaat uit 36 items en meet beperkingen bij volwassenen vanaf 18 jaar. De WHODAS meet op zes domeinen van het functioneren of er sprake is van een beperking: begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten (huishoudelijk en op het werk/op school) en deelname aan de samenleving. De vragenlijst richt zich op de laatste 30 dagen en de scoring is gebaseerd op gemiddelde waarden van de antwoorden die vervolgens in een standaardschaal omgezet worden. Voor de afdruk van de lijst is een uitgebreide training vereist. De WHODAS-2 kan gebruikt worden bij volwassenen ongeacht culturele achtergrond en voor alle aandoeningen, inclusief fysieke, mentale en verslavingsaandoeningen.

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) kent 3 varianten:

1. de HoNOS voor volwassenen ;
2. de HoNOS-CA voor jongeren ;
3. HoNOS 65+ voor de ouderen .

De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS bestaat uit 12 schalen die alle gebieden van het dagelijks leven (mentaal, sociaal, emotioneel, vaardigheden) bestrijken waarbij de schalen zijn toegespitst op de leeftijdscategorie. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald. Het gaat om problemen die zich de afgelopen 2 weken hebben voorgedaan. De HoNOS is een observatielijst en wordt dus niet door de cliënt zelf, maar door

de behandelaar ingevuld.

De Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Bron: Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39:538-47.

helpt om psychische klachten bij cliënten in kaart te brengen. Het geeft inzicht in de klacht op basis van vier dimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. Deze dimensies worden uitgevraagd met 50 vragen, die beantwoord worden in de range 'nee' (0), 'soms' (1) of regelmatig / vaak / heel vaak voortdurend (2). De terugvraagperiode is een zeven dagen en de patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De Clinical Global Impression Scale (CGI)

Bron: AZG Groningen; Nolen, W.A.

meet de globale ernst van psychopathologie alsmede de verandering daarin over in de tijd. De vragenlijst telt twee items die scoren zijn met een cijfer tussen de 1 en de 7 (van 'normaal, niet ziek' tot 'zeer ernstig ziek' en van 'zeer veel verbeterd' tot 'zeer veel slechter'). De CGI is de klinische beoordeling van de behandelaar.

De Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM)

Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM):
<https://www.coresystemtrust.org.uk/instruments/core-om-information/>

meet de vooruitgang van patiënten tijdens de behandeling. De CORE-OM wordt vaker de CORE-34 genoemd. Deze kent 4 subschalen (Welzijn, Problemen & symptomen, Functioneren, Risico), die worden uitgevraagd door 34 stellingen voor te leggen aan de patiënt met de vraag deze te scoren over de afgelopen week. De scoring van items loopt van 0 'nooit tot 4 '(bijna) altijd'.

Er bestaan ook twee verkorte varianten van de CORE-OM, namelijk de CORE-5 en de CORE-10, waarin respectievelijk 5 of 10 stellingen uit de CORE-OM worden voorgelegd.

Mate van verandering van kwaliteit van leven

De Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)

Bron: Van Nieuwenhuizen Ch, Schene AH, Koeter MWJ. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting. Eindhoven: GGzE. 2000.

is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld om de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan, woning, algehele gezondheid en dergelijke. De vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen waarbij de tevredenheid wordt vastgesteld over leefomstandigheden. Bij de MANSA 16 zijn 4 extra items over veiligheid en vriendschap toegevoegd. Bij de antwoorden kan steeds een keuze gemaakt worden uit zeven mogelijkheden lopend van “kan niet slechter” tot “kan niet beter”. De vragenlijst richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De EuroQol-5D (EQ-5D)

EuroQol-5D (EQ-5D): <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>

is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score wordt gegeven. Verder moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart. Om de lijst goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk dat de zorgverlener bekend is met de demografische gegevens van de patiënt. De vragenlijst gaat over hoe de patiënt zich vandaag voelt en is een zelfbeoordelingsschaal.

Patiëntervaringen

De Consumer Quality Index (CQi)

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek <https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal

beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

11.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een seksuele disfuncties. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

11.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een seksuele disfuncties. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

12. Implementatieplan

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

12.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

12.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard).: De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscodes, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.': Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een

onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

12.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

12.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

12.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

12.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- *het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;*
- *het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;*
- *het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;*
- *oog hebben voor specifieke problematiek;*
- *oog hebben voor eventuele risico's.*

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- *Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.*

- *Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.*
- *Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.*

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

12.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- *De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.*
- *Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.*
- *In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.*
- *In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.*

12.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarkt-problematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijke akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- *Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-*

psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma ‘werken in de zorg’.*
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.*

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

12.5.4 Behandel aanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandel aanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

12.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het ‘Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022’ hebben alle

betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- *Preventie en vroegsignalering.*
- *De aanpak van personen met verward gedrag.*
- *Brede triage en consultatie.*
- *De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.*
- *De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.*
- *De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.*
- *Overgang 18-/18+.*
- *De invulling van crisis- en ANW-uren.*
- *De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.*

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- *Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.*
- *Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?*
- *Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.*

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen

zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

12.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede ‘[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)’ is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

12.6 Specifieke implementatie thema's

12.6.1 Bewustwording en kennisdeling

In de brede GGZ is meer aandacht nodig voor het bespreken van seksuele gezondheid en seksuele problematiek met de patiënt (indien van belang ook met zijn/haar partner). Dat

gebeurt nu nog te weinig. Dat komt mogelijk door handelings- en houdingsverlegenheid van de professional, de verwachting dat de ander het gesprek hierover aangaat, een gebrek aan tijd en soms ook een gebrek aan kennis over het onderwerp of over hoe te verwijzen.

Landelijke afspraken

Bovenstaande vraagt om brede aandacht voor het onderwerp seksuele gezondheid en het bespreken hiervan. Bewustwording dat dit onderwerp vaak onderbelicht blijft is een belangrijke eerste stap. Het vergroten van de kennis over verwijsmogelijkheden en mogelijkheden om expertise in te winnen kan een belangrijke tweede stap zijn. Meer aandacht in opleiding en scholing voor seksuele gezondheid en -problemen draagt bij aan het wegnemen van eventuele handelingsverlegenheid en/of een gebrek aan kennis.

Om dit te waarborgen kan er een sectorbreed voorstel worden ontwikkeld met als onderdelen:

- *bewustwording vergroten;*
- *een overzicht maken van de verwijsmogelijkheden en de mogelijkheden tot het inwinnen van expertise;*
- *onderzoeken binnen welke vormen van scholing de aandacht voor gespreks- en behandelvaardigheden en vroegsignalering met betrekking tot seksuele gezondheid en seksuele problemen moet worden verbeterd.*

Beroepsvereniging(en) en opleidingsinstituten kunnen hierin de lead nemen; zij houden rekening met de maximale mogelijkheden van de individuele professional om zich te scholen in elke vorm van problematiek. Scholing moet daarbij aansluiten bij het kennisniveau van de professional.

12.6.2 Samenwerking

Seksuele klachten hebben vaak een somatische en een psychologische component. Dat vraagt om een goede geïntegreerde samenwerking tussen de somatische zorg en ggz.

Landelijke afspraken

Het is van belang om voor professionals een sector overstijgend overzicht te maken waarin zij vinden voor welk vraagstuk zij waar expertise in kunnen winnen en/of waar zij een patiënt naar door kunnen verwijzen.

12.6.3 Capaciteit

Implementatie van de standaard kan leiden tot zowel meer vraag naar behandeling als tot beter passende en eerder aangeboden behandeling. Daardoor kan de vraag tot zorg gaan verschuiven of veranderen. Het is op basis van de huidige informatie niet mogelijk hier kwantificeerbare capaciteitsvraagstukken aan te verbinden.

12.6.4 Behandelaanbod

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de

implementatie van de kwaliteitsstandaard.

12.6.5 Financiering

Professionals geven aan dat de huidige financieringskaders kunnen leiden tot problemen in de uitvoering van en doorverwijzing naar passende behandeling van seksuele problematiek. Indien gewenst kan er een onderzoek gestart worden om deze problemen te kwantificeren waarbij de resultaten als basis zouden kunnen dienen voor een gesprek over de financiering. De scope van dit implementatieplan richt zich niet op het al dan niet aanpassen van het [kader](#) zelf.

12.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

13. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

13.1 Samenvatting survey cliëntenparticipatie

In de ontwikkeling van de Zorgstandaard is het cliëntenperspectief belangrijk. Als aanvulling op de participatie van patiënten in de werkgroep is er een korte vragenlijst voorgelegd aan mensen die behoeften en/of ervaring hebben met zorg gericht op een seksuele disfunctie.

Disclaimer: Vanwege de kleine deelnemersgroep dienen de bevindingen uitsluitend als indicatief te worden beschouwd.

Deelnemers

De vragenlijst is online verspreid in de zomer van 2016. Het is onder de aandacht gebracht via algemene kanalen NVVS, seksualiteit.nl, Praktijk Sunniva, evenals via de volgende verenigingen, zelforganisaties of fora: Lotgenoot@ProstaatKankerStichting.nl, levenmetvaginisme en vaginisme.nl. Behandelaars wilden of konden vanwege hun beroepsgeheim de vragenlijst niet verspreiden in hun eigen kring of onder hun cliënten.

Niet alle groepen zijn even goed zijn bereikt. Sommige subgroepen zijn nauwelijks georganiseerd of minder makkelijk te benaderen (bijvoorbeeld mannen met een vroegtijdige zaadlozing of mensen met opwindingsproblemen).

In totaal hebben 28 mensen meegedaan, waaronder 23 vrouwen. Zij behoorden tot de doelgroep vanwege hun problematiek, hebben ooit zorgbehoefte en/of ervaring gehad en hebben inhoudelijke informatie gegeven met betrekking tot zorg. Op basis van hun eigen omschrijving zijn zij ingedeeld naar de diagnoses die corresponderen met de DSM-5. Bij 13 respondenten was sprake van vaginisme, bij 3 dyspareunie, 4 hadden problemen met opwinding/verlangen, eveneens 4 orgasmeproblemen, 1 respondent had erectieproblemen en bij 3 was sprake van overige disfuncties.

Seksuele disfuncties en ervaring met zorg

18 van de 28 deelnemers hebben ervaring gehad met zorg: 11 deelnemers met vaginisme, 2 met dyspareunie, 1 met orgasmeproblemen, 1 met erectieproblemen, 2 met opwinding/verlangenproblemen en 1 persoon zonder seksuele behoeften. Een man heeft de vragenlijst ingevuld als partner van een vrouw met vaginisme. De meeste van hen zijn doorverwezen door een zorgverlener. Over het algemeen waren de deelnemers tevreden over de bejegening en behandeling door de doorverwijzende zorgverlener. De meesten waren tevreden over de wijze waarop ze hulpverlening hebben gevonden. In toelichtende open antwoorden bleek wel dat sommigen vonden dat de (eerste) doorverwijzende zorgverlener onvoldoende inzicht had in of aandacht had voor hun probleem. Daarnaast werd aangegeven dat het consult te kort was voor voldoende aandacht.

De 17 deelnemers die zelf hulpverlening hebben gehad, ontvingen dit het meest van een seksuoloog of consulent seksuele gezondheid (n=15). Ook kwam het wat vaker voor dat ze hulp kregen van een gespecialiseerd arts (n=5), gynaecoloog (n=5) en bekkenbodempysiotherapeut (n=5). Veruit de meesten kregen individuele behandeling om het probleem te verhelpen (n=12) of ermee te leren omgaan (n=10). Een enkeling heeft hulp gehad via een praatgroep of een luisterend oor. Over het algemeen waren de deelnemers tevreden met de hulpverlening. Enkelsten waren ontevreden over het feit dat de zorgverlener hen in onvoldoende mate kon helpen of doorverwijzen, onvoldoende begrip had voor het probleem, of hier niet goed over kon praten.

Er was veel variatie in de antwoorden over de mate waarin er aandacht was voor thema's in de hulpverlening. De deelnemers waren iets positiever over de mate waarin er aandacht was voor het leren accepteren van het probleem, belemmering of beperking, en voor aspecten in relatiesfeer. Minder deelnemers waren positief over de aandacht die er was om gemotiveerd te blijven voor de hulp/behandeling en over hoe ze over het probleem met anderen konden praten.

13.2 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: *Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen, NVKG en Platform Meer GGZ hebben afgezien van autorisatie.*

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Platform Meer GGZ geeft aan dat er leden zijn die af en toe dergelijke stoornissen behandelen, maar dit is zo beperkt dat zij zich onvoldoende bekwaam voelen om deze zorgstandaard te beoordelen. Platform Meer GGZ kiest er daarom voor om deze zorgstandaard niet te autoriseren.

Werkgroep Seksuele disfuncties	
Ellen Laan (voorzitter)	Academisch Medisch Centrum, afdeling Seksuologie en Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie
Stefan Bogaerts (vice-voorzitter)	Departement Ontwikkelingspsychologie Universiteit Tilburg / Fivoor Wetenschap & Behandelinnovatie (Kijvelanden, Aventurijn, Palier, FPC Gent/Antwerpen).
Erik van Beek (lid)	Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
Michael von Bönninghausen (lid)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Anneke Huson (lid)	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Dwayne Meijncens (lid)	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Moniek ter Kuile (lid)	Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS)
Peter Leusink (lid)	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Hester Pastoor (lid)	Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) & Nederlandse Vereniging voor Relatietherapie en Gezinstherapie (NVRG)
Alexandra Sillen (lid)	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)
Sjaak Verduijn (lid)	Zorgverzekeraar CZ
Jos Vroege (lid)	Platform van Seksuologische Teams in ggz-instellingen (PSTG) en Alliantie Transgenderzorg
Adviseurs	
Andrea Bijen	Initiatiefnemer van het platform www.levenmetvaginisme.nl
Chris Laarakker	Coördinator lotgenotencontact, Redactielid Prostaatkankerstichting.nl
Jacques van Lankveld	Afdeling klinische psychologie, Open Universiteit
Uitvoerders	
Jitske de Vries	Rutgers
Ireen de Graaf	Trimbos, advisering, methodologische ondersteuning
Joran Lokkerbol	Trimbos, BIA
Anne-Marie van Zijl	NIP
Willy van Berlo	Rutgers, projectleiding

Met dank aan de deelnemers aan het patiëntenparticipatie-onderzoek

13.3 Knelpunten, uitgangsvragen en methode

Knelpuntenanalyse

De knelpuntenanalyse heeft stapsgewijs plaatsgevonden:

- *Knelpunten-analyse sessie door een kerngroep van experts over alle topics van de Zorgstandaard*
- *Bespreking van de eerste inventarisatie in de 1e Werkgroepbijeenkomst*
- *Inventarisatie vanuit het patiëntenperspectief via:*
- *deelnemers aan de NVVS-wetenschapsdag*
- *een survey onder 28 personen met een seksuele disfunctie met een zorgbehoefte en/of zorgervaring*
- *Aanscherping en vaststellen definitieve lijst van knelpunten in de 1e topicgroep bijeenkomst seksuele disfuncties*

Primair proces zorgstandaardontwikkeling

- *De NHG-Standaard Seksuele klachten (Nederlands Huisartsen Genootschap, eerste herziening, november 2015) en de literatuur die bij de totstandkoming van deze Standaard is gebruikt. De NHG-Standaard is gebaseerd op een uitgebreide literatuursearch (tot zomer 2013). Bij de selectie van literatuur is gebruik gemaakt van de EBRO-methodiek. Omdat het werk aan de onderhavige Zorgstandaard begon op het moment dat de NHG Standaard net uit was, was een nieuwe literatuursearch overbodig.*
- *Lankveld, J. van, Kuile, M. & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.*
- *Grauvogl, A. & Lankveld, J. van (2015). Seksuele disfuncties bij mannen. In: I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 605-620).*
- *Lunsen, R. van, Moorst, B. van, Laan, E. (2015). Seksuele problemen en seksuele disfuncties bij vrouwen. In: I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 621-639).*

Deze literatuur is aangevuld met:

- *wetenschappelijke evidence (grijze of witte literatuur) aangedragen door de topicgroep*
- *evidence van professionals (topicgroep seksuele disfuncties) en/of*
- *evidence van ervaringsdeskundigen (een survey onder 28 personen met een seksuele disfunctie met een zorgbehoefte en/of zorgervaring).*

In de tabel hieronder staat een samenvatting van alle knelpunten en hoe ze zijn vertaald in uitgangsvragen.

In totaal zijn er over seksuele disfuncties 7 uitgangsvragen. Alle uitgangsvragen zijn met behulp van bovengenoemde methodiek beantwoord.

Thema's / hoofdstukken	Knelpunt	Uitgangsvragen
Hoofdstuk 3 - Beschrijving	SD 3.2 Topicgroep: De invloed van comorbiditeit en medische behandeling is onderbelicht	SD 3.2 Wat is er bekend over comorbiditeit en de invloed van medische behandeling op seksuele disfuncties?
Hoofdstuk 4 - Preventie, diagnostiek, monitoring	SD 4.1 Topicgroep/Cliëntsury: (On)bespreekbaarheid van het thema seksualiteit	SD 4.1 Hoe kan seksualiteit bespreekbaar gemaakt worden? Bestaan er effectieve interventies die het bespreekbaar maken van seksualiteit ondersteunen?
	SD 4.2 Topicgroep: De rol van de partner <u>in diagnostiek</u> is onderbelicht	SD 4.2 Wat is er bekend over de rol van de partner bij het ontstaan en/of de instandhouding van de seksuele disfunctie? Wanneer en hoe kan de partner het beste betrokken worden bij diagnostiek?
	SD 4.3 Topicgroep: Culturele diversiteit <u>in preventie/diagnostiek</u> is onderbelicht	SD 4.3 Wat is er bekend over de rol van culturele diversiteit bij de preventie en/of diagnostiek van seksuele disfuncties (bijv. hulpzoekgedrag cliënt / houding hulpverlener)?
Hoofdstuk 5 - Behandeling	SD 5.1 Topicgroep: De rol van de partner <u>in behandeling</u> is onderbelicht	SD 5.1 Wat is er bekend over de rol van de partner bij behandeling van seksuele disfuncties? Wanneer en hoe kan (of: moet) de partner betrokken worden bij behandeling?
	SD 5.2 Topicgroep: Culturele diversiteit <u>in zorg</u> is onderbelicht	SD 5.2 Wat is er bekend over de rol van culturele diversiteit bij behandeling van seksuele disfuncties? Op welke manier kan er bij behandeling het beste om gegaan worden met culturele diversiteit?

13.4 Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op seksuele disfunctie werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. Hierbij richtte de systematische review zich op alle studies waarin de kosten en de effecten werden onderzocht van interventies gericht op de behandeling van seksuele disfunctie. De budget impact analyse zoomde vervolgens in op het aanbieden van brief sex counselling (BSC) aan personen met seksuele disfunctie.

Systematische review

Selectie publicaties

De systematische review bracht alle onderzoeken naar de kosteneffectiviteit van interventies gericht op de behandeling van seksuele disfunctie in kaart. Hiervoor werden artikelen gezocht in PubMed, PsycINFO, NHS EED en de CEA registry waarin zowel de kosten als effecten van 2 condities werden vergeleken. De search, die tot september 2016 liep, leidde tot 419 artikelen waarvan 4 werden geïnccludeerd. Hierbij werd preventie en screening geëxcludeerd, werden studies in een andere taal dan Nederlands of Engels geëxcludeerd, en werden studies van voor het jaar 2000 geëxcludeerd.

De geïncludeerde studies (n=4) werden uitgevoerd in Nederland (n=2) en de Verenigde Staten (n=2). Drie van de 4 studies onderzochten de kosteneffectiviteit van medicatie gericht op mannen met erectile dysfunctie, en 1 studie onderzocht psychologische interventies bij adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren. Tabel 1 toont de details van de geïncludeerde studies.

Kosteneffectiviteit

Elk van de 3 studies waarbij medicatie voor mannen met erectile dysfunctie werd onderzocht, concludeerde dat de onderzochte medicatie met grote kans kosteneffectief was (vardenafil in vergelijking tot geen behandeling; sildenafil in vergelijking tot geen behandeling, en sildenafil in vergelijking tot papaverine-phentolamine). Dit betekent dat de beschouwde medicatie met grote kans leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven tegen extra kosten die lager zijn dan de door Zorginstituut Nederland

Bron: Zorginstituut Nederland (2015). Kosteneffectiviteit in de praktijk. Zorginstituut Nederland, Diemen.

aanbevolen grens van €20.000 per Quality-Adjusted Life Year (QALY), een jaar in volledig goede gezondheid.

De studie naar psychologische interventies bij adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren concludeerde dat brief sexual counselling naar verwachting kosteneffectiever is dan geen behandeling of dan intensive sexual healthcare. De auteurs concluderen dat dit met name geldt voor de vrouwen en niet voor de mannen.

Kwaliteit van de studies

De kwaliteit van de studies werd in kaart gebracht met de CHEC-list (Consensus on Health Economic Criteria),

Bron: Evers, S., Goossens, M., de Vet, H., van Tulder, M., Ament, A., (2005). Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria. International journal of technology assessment in health care, 21, 240-245.

waarmee werd beoordeeld in welke mate de studies goed werden uitgevoerd en gerapporteerd. De gemiddelde kwaliteit volgens de CHEC-list was gelijk aan 71% van de maximale score. De opzet van de studies en/of de rapportage hierover was daarmee gemiddeld genomen niet optimaal. Kwaliteitsscores van individuele studies varieerden tussen 63% en 81%, zie tabel 2 voor de score op elk item van de CHEC-list voor elk van de studies.

Niet elk item op de CHEC-list is even belangrijk. Bepaalde items, zoals de beschouwde

tijdshorizon en de beschouwde kostcomponenten (CHEC-list item 6 en 8), spelen een extra belangrijke rol bij het bepalen van de kwaliteit van een studie. Waar de tijdshorizon meestal lang genoeg was (item 6: gemiddeld 88%), waren de beschouwde kostcomponenten veelal te beperkt (item 8: gemiddeld 25%), doordat er wel werd gesteld dat studies een maatschappelijk perspectief hanteerden, maar hiervoor niet alle benodigde kostcomponenten werden beschouwd.

Conclusie

De studies die de kosteneffectiviteit onderzochten van de behandeling van erectiele disfunctie door middel van PDE-5-remmers laten zien dat deze medicatie met grote kans kosteneffectief is ten opzichte van het gebruik van geen medicatie of een ander erectiebevorderend middel. De kosteneffectiviteit van PDE-5-remmers ten opzichte van seksuologische behandeling werd niet onderzocht. Het aanbieden van brief sexual counseling lijkt veelbelovend. De kosteneffectiviteit van brief sexual counseling werd onderzocht in 1 studie, dus er is meer evidentie nodig om hier hardere conclusies over te kunnen trekken. De kwaliteit van de kosteneffectiviteitsstudies varieerde, met scores tussen 63% en 81% (gemiddeld 71%). Al met al is er nog niet veel evidentie beschikbaar in dit veld, maar wijst de beschikbare evidentie er veelal op dat interventies gericht op de behandeling van seksuele disfunctie met grote kans kosteneffectief lijken volgens de geldende normen van Zorginstituut Nederland.

Budget Impact Analyse

De budget impact analyse richt zich op het doorrekenen van het grootschaliger aanbieden van een in Nederland onderzochte interventie waarover recent werd gepubliceerd door Grauvogel et al (2015).

Bron: Grauvogel, A., Evers, S., Peters, M., Lankveld, J. van (2015). Economic evaluation of brief sex counselling for sexually dysfunctional adolescents. Value in Health, 18, 570-577.

Beschrijving Grauvogel et al (2015)

Grauvogel et al (2015) voerden een economische evaluatie uit in aanvulling op een gerandomiseerde klinische trial waarin de kosten en gezondheidseffecten van brief sex counseling werd vergeleken met intensive sexual healthcare en no treatment over een periode van 6 maanden. Hierbij werd voor elke conditie gekeken naar de ontwikkeling van de maatschappelijke kosten (interventiekosten, zorgkosten, kosten voor de patiënt en familie, productiviteitskosten en studieverzuim) en gezondheid (sexual functioning gemeten met de Female Sexual Function Index (FSFI) voor vrouwen en de International Index of Erectile Function (IIEF) voor mannen, en quality-adjusted life year (QALY), gemeten met de EQ-5D).

Het onderzoek van Grauvogel et al (2015) richtte zich op mensen tussen de 18 en 25 jaar met milde tot matige problemen met betrekking tot seksueel functioneren. Mensen werden geëxcludeerd wanneer er sprake was van psychiatrische comorbiditeit, relationele problemen

of wanneer de problemen op het gebied van seksueel functioneren het gevolg waren van ziekte, medicatie of fysieke problemen. Deelnemers werden doorverwezen vanuit GGD'en in Rotterdam, Noord Nederland en Limburg, of geworven via websites.

Van de in totaal 71 deelnemers aan het onderzoek, volgden 27 deelnemers de brief sex counselling interventie bestaande uit maximaal 3 sessies van 45 minuten gespreid over een periode van 3 maanden, volgden 23 deelnemers de intensive sexual healthcare interventie bestaande uit minimaal 6 sessies gespreid over een periode van 6 maanden en volgden 21 deelnemers de no treatment conditie, waarin deelnemers werden verzocht geen professionele hulp te zoeken gedurende 6 maanden.

Over de beschouwde periode van 6 maanden waren de uitkomsten op het gebied van sexual functioning vergelijkbaar voor deelnemers in de brief sexual counselling conditie en de no treatment conditie (respectievelijk +0,12 en +0,11, uitgedrukt als z-score op de FSFI en IIEF), terwijl de deelnemers in de intensive sexual healthcare conditie (niet-significant) lager scoorden (-0,24). Ook de QALY-resultaten lieten vergelijkbare uitkomsten zien in de verschillende condities (0,32, 0,31 en 0,31 in respectievelijk intensive sexual functioning, brief sex counselling en no treatment). In termen van kosten was er een groter verschil tussen de condities. Gemiddelde maatschappelijke kosten van deelnemers in de intensive sexual functioning conditie waren gelijk aan €2.449 (95%CI: €1.751 – €3.411), terwijl dit gelijk was aan €560 (95%CI: €418 - €721) in de brief sex counselling conditie en €739 (95%CI: €397 - €1.166) in de no treatment conditie. De hogere kosten in de intensive sexual functioning conditie werden veroorzaakt door hogere zorgkosten. De iets hogere kosten in de no treatment conditie ten opzichte van de brief sex counselling conditie werd in de steekproef veroorzaakt door hogere kosten op het gebied van werk (productiviteitsverlies) en studie (verzuim).

Conclusie Grauvogl ea (2015)

Grauvogl ea (2015) concluderen dat brief sexual counselling naar verwachting kosteneffectiever is dan geen behandeling of dan intensive sexual healthcare bij adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren doordat brief sexual counselling tot vergelijkbare gezondheidsuitkomsten leidt tegen lagere kosten. De auteurs laten zien dat deze conclusie specifiek geldt voor vrouwen, maar niet voor mannen. Bij de (kleine) groep mannen in de steekproef waren de gezondheidsuitkomsten in de brief sexual counselling conditie (niet-significant) minder goed dan in de no treatment conditie, waardoor brief sexual counselling bij mannen niet naar verwachting meer kosteneffectief was.

Kwaliteit

Grauvogl ea (2015) scoren 81% op de CHEC-list (Evers ea, 2005), welke de kwaliteit van het onderzoek en de kwaliteit van de rapportage beschouwt. De belangrijkste beperking bij dit onderzoek was de relatief korte tijdshorizon van 6 maanden. Wanneer een langere tijdshorizon zou worden beschouwd, zou dit mogelijk tot andere uitkomsten kunnen leiden, al zou dit de conclusie omtrent de kosteneffectiviteit van brief sexual counselling zowel meer als minder gunstig kunnen maken. Een andere beperking in de studie is de relatief kleine steekproefomvang van 71 deelnemers. Een grotere steekproefomvang zou meer zekerheid geven over de mate waarin brief sexual counselling te prefereren zou zijn ten opzichte van

geen behandeling of intensive sexual healthcare.

Budget impact

Om in te schatten wat de impact is op de benodigde budgets van het grootschaliger aanbieden van brief sexual counselling aan adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren, schatten we in wat de financiële consequenties zouden kunnen zijn van het aanbieden van de interventie aan jaarlijks 1.000 adolescenten. De maatschappelijke kosten over de periode van 6 maanden waren gemiddeld ±€180 per persoon lager in de brief sexual counselling dan in de no treatment conditie (€559,70 (95%BI: €418,00 - €720,50 in de brief sexual counselling conditie versus €738,80 (95%BI: €396,60 - €1.165,60 in de no treatment conditie). Wanneer deze resultaten worden geëxtrapoleerd naar 1.000 adolescenten per jaar, dan zou dit naar verwachting leiden tot een maatschappelijke kostenbesparing van ±€180.000 per jaar. De meeste van deze maatschappelijke baten ontstaan als gevolg van minder productiviteitsverlies op het werk en minder afwezigheid op school, terwijl zorgkosten en kosten voor de patiënt en de familie vergelijkbaar waren in de brief sexual counselling conditie en de no treatment conditie.

Ondanks dat het grootschalig aanbieden van de brief sexual counselling aan adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren goed lijkt uit te pakken in termen van kosten en effecten, is het belangrijk om te realiseren dat deze resultaten zijn gebaseerd op 1 studie. Omdat de interventie beter lijkt te werken bij vrouwen dan bij mannen, zou een meer grootschalige uitrol van de interventie zich in eerste instantie moeten richten op vrouwen. Het aanbieden van de interventie wordt daarbij idealiter voorzien van additioneel onderzoek om te achterhalen of de studieresultaten standhouden in de praktijk en om te onderzoeken welke patiënten goed en welke patiënten minder goed op de interventie lijken te reageren.

Conclusie en discussie

Twee algemene bevindingen kunnen worden gedaan op basis van de systematische review en de budget impact analyse:

1. Systematische review: de studies die de kosteneffectiviteit onderzochten van de behandeling van erectiele disfunctie door middel van PDE-5-remmers laten zien dat deze medicatie met grote kans kosteneffectief is ten opzichte van het gebruik van geen medicatie of een ander erectiebevorderend middel. De kosteneffectiviteit van PDE-5-remmers ten opzichte van seksuologische behandeling werd niet onderzocht. Het aanbieden van brief sexual counselling leidt mogelijk tot een maatschappelijke kostenbesparing.

2. Budget Impact Analyse: het aanbieden van brief sexual counselling aan jaarlijks 1.000 adolescenten met milde tot matige problemen op het gebied van seksueel functioneren leidt naar verwachting tot een maatschappelijke kostenbesparing van ± €180.000 per jaar.

Een algemene beperking bij de bevindingen omtrent deze studies is dat de hoeveelheid studies beperkt is en dat de kwaliteit van de studies niet optimaal is. Bij de Budget Impact Analyse is de beperking dat deze analyse slechts gebaseerd kon worden op 1 studie van beperkte duur (6 maanden) en omvang (71 deelnemers). De resultaten van de Budget Impact

Analyse zijn echter veelbelovend. Het is belangrijk om verdere implementatie van de interventie te voorzien van additioneel onderzoek waaruit moet blijken of de studieresultaten standhouden in de praktijk en om te onderzoeken welke patiënten goed en welke patiënten minder goed op de interventie lijken te reageren.

Tabel 1. Karakteristieken en resultaten van de economische evaluaties van interventies gericht op seksuele disfunctie (tabel in het Engels om aan te sluiten bij de gebruikte termen in de studies)

ID	Authors (year)	Country	Economic evaluation	Target population	Analysis	Perspective	Time horizon	Industry funding
1	Grauvogel et al. 2015	Netherlands	TBEE	Sexual dysfunction	CEA/CUA	Societal	6 months	No
2	Aspinall et al. 2011	United States	MBEE	Sexual dysfunction	CUA	Healthcare	lifetime	No
3	Smith et al. 2000	United States	MBEE	Sexual dysfunction	CUA	Societal	lifetime	No
4	Stolk et al. 2000	Netherlands	MBEE	Sexual dysfunction	CUA	Societal	lifetime	Yes

CEA: cost-effectiveness analysis, CUA: cost-utility analysis, MBEE: model-based economic evaluation, TBEE: trial-based economic evaluation.

Tabel 1 (vervolg): Karakteristieken en resultaten van de economische evaluaties van interventies gericht op seksuele disfunctie (tabel in het Engels om aan te sluiten bij de gebruikte termen in de studies)

ID	Target population	Treatment alternatives (n) ^a	Effect measurement and valuation ^b	Discount rates	Valuation year	Health Economic Results
1	people aged 18-25 with at least mild to moderate sexual function problems	I: brief sexual counselling (BSC) (27); II: intensive sexual healthcare (ISH) (23); III: no treatment (21)	sexual functioning; QALY	NA	2012	Societal costs were highest for the ISH-condition, then for the no treatment condition, and lowest for the BSC-condition. There were no significant differences in sexual functioning or quality of life. BSC had an 81% probability of being the most cost-effective intervention at a WTP of €0, and a 75% probability at a WTP of €12,265.
2	60-year-old male veterans with erectile dysfunction	I: zero, II: four, III: six, IV: eight doses of vardenafil per month	QALY	3% (costs and effects)	2009	Four doses per month of vardenafil was the most cost-effective strategy. The use of six or eight doses per month also compares favorably with other accepted medical treatments.
3	60-year old men with ED	I: sildenafil; II: no treatment	QALY	3% (costs and effects)	1998	The cost per QALY gained for sildenafil treatment compared with no therapy was 11,290 USD from the societal perspective and 11,230 USD from the third-party payer perspective.
4	men with erectile dysfunction	I: sildenafil; II: papaverine-phenolamine	QALY	not reported	1999	The incremental cost-effectiveness ratio for the introduction of sildenafil was 3,639 GBP in the first year and fell in following years.

Tabel 2. Kwaliteitsbeoordeling CHEC-extended

Item	Study ID			
	1	2	3	4
1. Is the study population clearly described?	1	0,5	0,5	0
2. Are competing alternatives clearly described?	1	1	0,5	0,5
3. Is a well-defined research question posed in answerable form?	1	1	1	1
4. Is the economic study design appropriate to the stated objective?	1	1	1	1
5. Are the structural assumptions and the validation methods of the model properly reported (models only)?	NA	0,5	0,5	0,5
6. Is the chosen time horizon appropriate in order to include relevant costs and consequences?	0,5	1	1	1
7. Is the actual perspective chosen appropriate?	1	0,5	1	1
8. Are all important and relevant costs for each alternative identified?	1	0	0	0
9. Are all costs measured appropriately in physical units?	1	1	U	0
10. Are costs valued appropriately?	1	0,5	U	1
11. Are all important and relevant outcomes for each alternative identified?	1	1	1	1
12. Are all outcomes measured appropriately?	1	U	U	1
13. Are outcomes valued appropriately?	1	U	U	1
14. Is an appropriate incremental analysis of costs and outcomes of alternatives performed?	1	1	1	1
15. Are all future costs and outcomes discounted appropriately?	NA	1	1	0
16. Are all important variables, whose values are uncertain, appropriately subjected to sensitivity analysis?	1	1	0,5	0,5
17. Do the conclusions follow from the data reported?	1	1	1	1
18. Does the study discuss the generalizability of the results to other settings and patient/client groups?	0	1	0	0
19. Does the article/ report indicate that there is no potential conflict of interest of study researcher(s) and funder(s)?	0	0	0,5	1
20. Are ethical and distributional issues discussed appropriately?	0	0	0,5	0
Score (%) ^a	81	72	69	63

^a Score uitgedrukt als percentage van de maximum score, waarbij items gescoord als NA niet werden beschouwd

13.5 Relevante documenten en websites

- *Overzicht zorgstandaarden op GGZstandaarden.nl en Zorginzicht.nl*
- *Toetsingskader, HARING, leidraden (AQUA) en model voor de zorgstandaarden op Zorginstituutnederland.nl*
- *Overzicht kwaliteitsindicatoren op transparantiekalender Zorginzicht.nl*
- *Kennisagenda Gender en Gezondheid op ZonMW.nl*