



## **Seksualiteit in de praktijk**

Herkenning, diagnostisering en  
behandeling van seksuele problemen

# Inhoudsopgave

## **Bespreken en (h)erkennen van seksuele problemen**

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| 1 | In de praktijk             | 3 |
| 2 | Samenvatting zorgstandaard | 6 |

## **In kaart brengen en classificeren van seksuele problemen**

- |   |                            |    |
|---|----------------------------|----|
| 3 | In de praktijk             | 13 |
| 4 | Samenvatting zorgstandaard | 16 |

## **Begeleiding en behandeling van seksuele problemen**

- |   |                            |    |
|---|----------------------------|----|
| 5 | In de praktijk             | 23 |
| 6 | Samenvatting zorgstandaard | 26 |

**Dit is een introductie in de zorgstandaard  
Seksuele disfuncties. Bekijk de zorgstandaard  
op [ggzstandaarden.nl](http://ggzstandaarden.nl)**

# *(H)ERKENNING*

## BESPREKEN EN (H)ERKENNEN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



**IN DE PRAKTIJK**

# (H)ERKENNING

## BESPREKEN EN (H)ERKENNEN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



**GGZ**

### Standaarden

EEN INTRODUCTIE IN DE ZORGSTANDAARD  
SEKSUELE DISFUNCTIES (DEEL 1 VAN 6)

SEKS KAN HEERLIJK, ONGECompliceerd  
EN BEVREDIGEND ZIJN.



MAAR DAT IS HET LANG NIET ALTIJD  
VOOR IEDEREEN.



EEN OP DE VIJF VROUWEN EN EEN OP DE  
VIER MANNEN HEEFT EEN STOORNIS DIE  
HET VERMOEGEN OM SEKSUEEL ACTIEF  
TE ZIJN OF SEKSUEEL PLEZIER TE ERVAREN  
IN DE WEG STAAT. HET GAAT DAN BIJVOORBEELD OM  
ERECTIESTOORNISSEN, OPWINDINGSTOORNISSEN  
OF PIJN BIJ DE PENETRATIE.

GOEDEmiddag,  
FIJN JE WEER TE ZIEN.  
KOM VERDER.



ER ZIJN MAAR WEINIG MENSEN DIE HULP ZOEKEN  
VOOR HUN SEKSUELE PROBLEMEN.  
VAAK KOMT DIT OMDAT PATIËNTEN ER NIET  
OVER DURVEN TE BEGINNEN EN  
ZORFPROfessionALS ER NIET NAAR VRAGEN,  
AANGEZIEN HET ZO'N INTIEM ONDERWERP BETREFT.

IK SLAAP WEL BETER SINDS EEN PAAR DAGEN,  
MAAR VOEL ME NOG STEEDS SOMBER.



HEB JE VERDER NOG ANDERE  
KLACHTEN OP DIT MOMENT?

NEE, NIET ECHT.



SEKSUELE PROBLEMEN BLIJVEN VAAK ONGEZIEN EN DAARMEE ONBEHANDELD. HIERDOOR KUNNEN PATIËNTEN IN EEN NEERWAARTSE SPIRAAL TERECHTKOMEN WAARBIJ SEKSUELE PROBLEMEN, DEPRESSIE, RELATIEPROBLEMEN EN EEN NEGATIEF ZELFBEELD ELKAAR VERSTERKEN. DE ZORSTANDAARD SEKSUELE DISFUNCTIES GEEFT INZICHT IN HET BELANG VAN SEKSUELE GEZONDHEID EN BIEDT ONDER ANDERE HANDVATTEN HOE SEKSUALITEIT BESPREEKBAAR TE MAKEN.

VAAK HEBBEN MENSEN MET VERGELIJKBARE SOMBERHEIDSKLACHTEN OOK PROBLEMEN OP SEKSUEEL GEBIED. VIND JE HET BOED ALS IK JE DAAR WAT VRAGEN OVER STEL?



PATIËNTEN ZIJN VAAK BLIJ ALS ER NAAR HUN SEKSLEVEN GEVRAAGD WORDT OMDAT ZIJ ER ZELF MEESTAL NIET OVER DURVEN TE BEGINNEN. OM TE BEPALEN OF EEN PATIËNT PROBLEMEN ERVAART OP SEKSUEEL GEBIED KAN DE SEKSUELE RESPONSCYCLUS LITGEVRAAGD WORDEN.

ERVAAR JE PROBLEEM BIJ ZIN IN SEKS, OPWINDING OF KLAARKOMEN?



ALLEEN DOOR SEKS BEPREEKBAAR TE MAKEN KAN DUIDELIJK WORDEN OF ER EEN HULPVRAAG IS.

DE LAATSTE TIJD HEB IK WEL EEN STUK MINDER ZIN IN DERDAAD. DAT KOMT DENK IK OOK DOORDAT HET VAAK PIJN DOET.



HET (H)ERKENNEN VAN SEKSUELE PROBLEMEN IS EEN BELANGRIJKE EERSTE STAP IN HET VERBETEREN VAN DE SEKSUELE GEZONDHEID EN DAARMEE VAN EEN BEVREDIGENDER EN GELUKKIGER LEVEN.

IK BEN BLIJ DAT WE HEBBEN AFGESPROKEN DAT WE NIET VRIJEN MET PIJN. IK VIND HET BEST SPANNEND, MAAR HET IS GOED DAT WE ER MEE AAN DE SLAG GAAN.



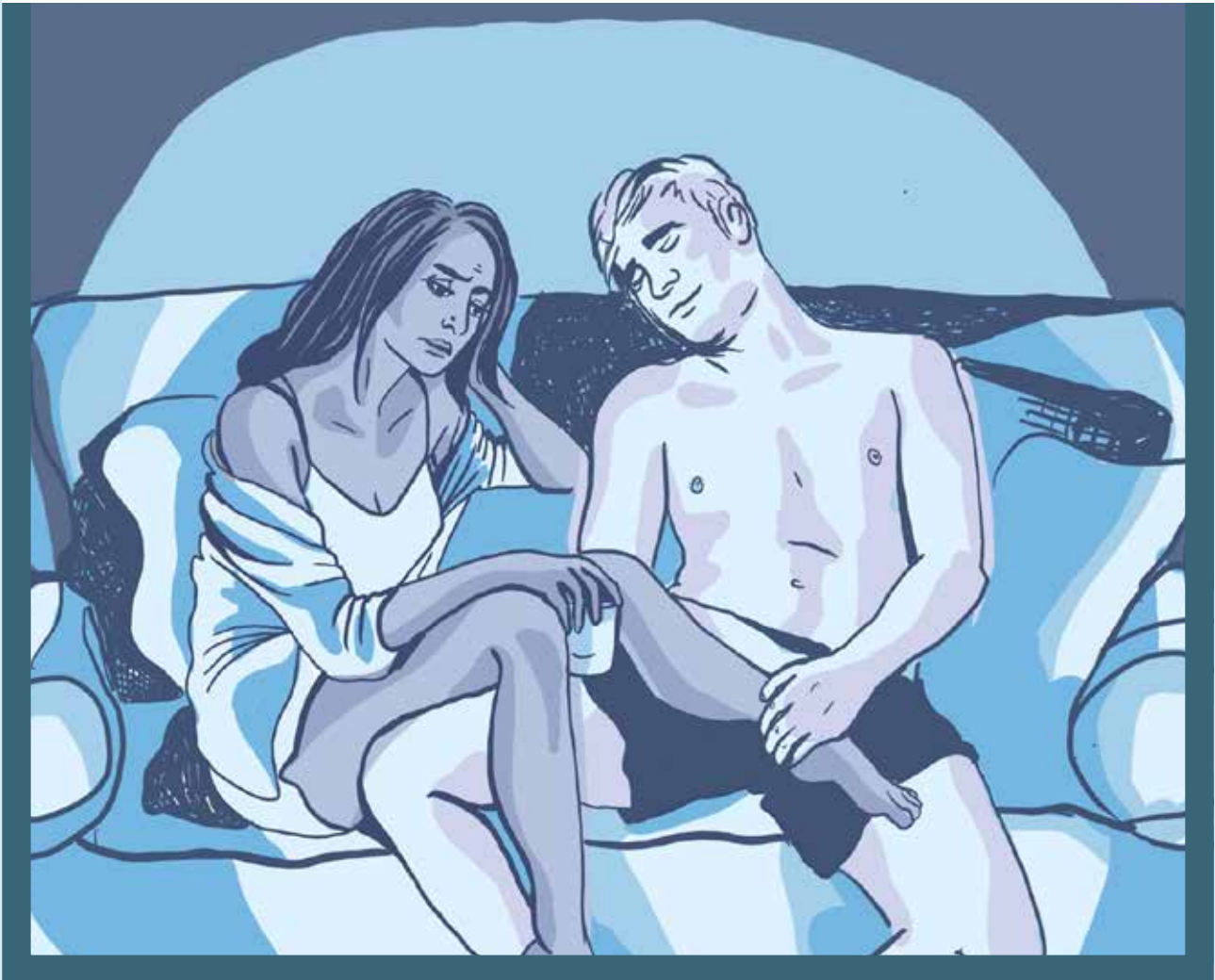
NA DE (H)ERKENNING VOLGT EEN PROBLEMBESCHRIJVING EN EEN DIAGNOSE. DAARIN NEEMT DE BEHANDELAAR DE (SEKSUELE) ANAMNESE MEE.

IK KOM NET TERUG VAN DE HUISARTS, ZE HEEFT EEN VERVOLGAFSPRAAK VOOR ME INGEPLAND.



# (H)ERKENNING

## BESPREKEN EN (H)ERKENNEN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



### SAMENVATTING ZORGSTANDAARD



## **SEKSUELE PROBLEMATIEK**

Seksuele problematiek wordt vaak niet gesignaleerd en onvoldoende adequaat behandeld. Het gaat daarbij 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.



## DE STOORNISSEN

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

De belangrijkste stoornissen uit de DSM-5 zijn:

- Verminderd seksueel verlangen (M)
- Erectiestoornis (M)
- Premature (voortijdige) zaadlozing (M)
- Geremde zaadlozing of anorgasmie (M)
- Seksuele interesse/opwindingsstoornis (V)
- Genitopelviene pijn/penetratiestoornis (V)
- Orgasmestoornis (V)
- Seksuele disfunctie door een (genot)middel of medicatie (M en V)
- Seksuele aversiestoornis (in de DSM-5 geschaard onder 'andere gespecificeerde seksuele disfunctie') (M en V)



## **KLACHTEN DIE NIET IN DE DSM-5 STAAN**

Ook zijn er klachten die niet in de DSM-5 staan, maar wel elders in de literatuur beschreven worden. Bij mannen gaat het bijvoorbeeld om klachten waarbij er geen zaadlozing plaatsvindt (anejaculatie) of plaats lijkt te vinden (retrograde ejaculatie), waarbij het 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).



## **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.

## **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?



## **WAAROM HET BELANGRIJK IS**

Seksuele gezondheidsbevordering kan veel nieuwe klachten voorkomen en bestaande klachten verbeteren.

Preventie heeft vier doelen:

- Positieve gezondheid (voorlichting over seksuele en relationele vorming).
- Primaire preventie (voorlichting, campagnes).
- Secundaire preventie (herkennen van signalen die kunnen duiden op problemen).
- Tertiaire preventie (voorlichting over seksualiteit bij ziekte en/of medicatie, chirurgie, chemo- en radiotherapie).

## *DIAGNOSE*

### IN KAART BRENGEN EN CLASSIFICEREN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



## IN DE PRAKTIJK

## DIAGNOSE

### IN KAART BRENGEN EN CLASSIFICEREN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



## GGZ Standaarden

EEN INTRODUCTIE IN DE ZORGSTANDAARD  
SEKSUELE DISFUNCTIES (DEEL 3 VAN 6)



TIJDENS DE SEKSUELE ANAMNESE WORDEN OOK PSYCHO-SOCIALE FACTOREN UITGEVRAAGD.

NU ER GEEN LICHAAMELIJKE OORZAKEN ZIJN GEVONDEN ZOU IK DIEPER MET U WILLEN INGAAN OP UW BELEVING VAN DE KLACHT.

IK BEGRIP DAT U SEKSUEEL CONTACT UIT DE WEG GAAT OMDAT U ERG BANG BENT DAT U WEER GEEN ERECTIE ZULT KRIJGEN?

JA, DAT KLOPT.



DE DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN IS EEN GEZAMENLIJKE ZOEKTOCHT WAARIN ZORFPROFESSIONALS MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN EN DE PATIËNT BEGELEIDEN.

DEZE WORDT HIERBIJ GESTUUND EN GESTIMULEERD OM ZIJN EIGEN KEUZES TE MAKEN.

DE ZORGSTANDAARD SEKSUELE DISFUNCTIES GEEFT INZICHT IN DIT PROCES VAN IN-KAART-BRENGEN, CLASSIFICEREN EN DE MOGELIJKE VERVOLGSTAPPEN.

SEKS EN SEKSUALITEIT WORDEN VAAK SAMEN BELEEFD.

HEEFT U EEN PARTNER?

JA, MAAR WE ZIJN NOG NIET INTIEM GEWEEST.



DAAROM IS HET BELANGRIJK OM OOK DE PARTNER BIJ DE BEHANDELING TE BETREKKEN. DAT KAN ACTIEF OF OP AFSTAND. HIERDOOR NEEMT DE EFFECTIVITEIT VAN DE BEHANDELING ENORM TOE.

HET ZOU FIJN ZIJN ALS UW PARTNER MEE ZOU WILLEN KOMEN NAAR HET VOLGENDE GESPREK. IK MOEDIG DAT ALTIJD AAN.



PATIËNTEN STIMULEREN OM HIEROVER OPEN TE COMMUNICEREN KAN DE WEG VRIJMAKEN VOOR EEN SUCCESVOLLE VERVOLGBEHANDELING.

IK VIND HET WEL ENG, MAAR IK WIL IETS MET JE DELEN...



SEKSUELE PROBLEMEN KRAMPACHTIG VERZWIJGEN EN OVER DE EIGEN GRENZEN GAAN IS NOOIT EEN GOED IDEE. EERLIJKE GESPREKKEN OVER WENSEN EN GRENZEN WORDEN DAN OOK ALTIJD AANGEMOEDIGD.

WAT FIJN DAT JE ME BELDE.



## *DIAGNOSE*

### IN KAART BRENGEN EN CLASSIFICEREN VAN SEKSUELE PROBLEMEN



## SAMENVATTING ZORGSTANDAARD





## **DUIDING EN DIAGNOSTIEK**

Er zijn een aantal belangrijke aandachtspunten bij de duiding en diagnose:

- Vrijwel altijd spelen somatische, psychische én contextuele factoren een rol.
- In veel gevallen is er 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.



## AANDACHTSPUNTEN BIJ DE ANAMNESE

Vraag bij de anamnese naar de volgende aspecten:

- Wat is het probleem?
- Hoe ernstig is de klacht?
- Hoe is het verloop 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 van eventuele behandeling?



## VRAGENLIJSTEN DEEL 1

De zorgverleners binnen de GGZ kunnen bij de intake gebruik maken van verschillende vragenlijsten betreffende verschillende seksuele disfuncties:

- Signaleren van Seksuele Dysfuncties (VSD) (mannen en vrouwen; met een mannelijke partner, een vrouwelijke partner en zonder partner).
  - meet welke klachten er zijn, de frequentie en de mate van ervaren last.
- De Female Sexual Function Index (FSFI) (seksueel actieve vrouwen)
  - helpt seksueel functioneren van vrouwen in kaart brengen (verlangen, opwinding, lubricatie, orgasme, tevredenheid en dyspareunie).
- De Female Sexual Distress Scale (FSDS) (vrouwen)
  - inventariseert hinder omtrent seksueel functioneren bij vrouwen. Kan gebruikt worden in combinatie met de Female Sexual Function Index.
- De Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (heteroseksuele mannen en vrouwen met een vaste partner)
  - meet de meest voorkomende seksuele klachten met een aparte versie voor mannen en vrouwen.

## VRAGENLIJSTEN DEEL 2

- Nederlandse Relatie Vragenlijst (NRV) (mannen en vrouwen)
  - voor het inventariseren van communicatieve en oplossingsgerichte vaardigheden binnen een vaste relatie.
- Maudsley Marital Questionnaire (MMQ) (mannen en vrouwen)
  - voor het inventariseren van communicatieve en oplossingsgerichte vaardigheden binnen een vaste relatie.
- International Index of Erectile Function (IIEF) (mannen)
  - over seksueel functioneren bij mannen (verlangen, erectiel functioneren, orgasme, tevredenheid en algemeen seksueel functioneren).
- Sexual Self-Conscious Scale (SSCS) (mannen en vrouwen)
  - meet de geneigdheid tot zelfbewustzijn en schaamte tijdens seks. (speelt mogelijk een rol bij het ontwikkelen van seksuele klachten).
- Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ) (mannen en vrouwen)
  - brengt seksueel misbruik en fysiek geweld tijdens de jeugd en volwassenheid in kaart.



## SEKSUOLOGISCH ONDERZOEK

Overweeg of en wanneer er medisch-seksuologisch onderzoek uitgevoerd moet worden. Dit onderzoek kan bestaan uit lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of psycho-fysiologisch 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 re-traumatisering 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.

## INZET VAN LICHAMELIJK ONDERZOEK

Er zijn vier mogelijke lichamelijke onderzoeken die verschillend kunnen worden ingezet:

- Het diagnostisch onderzoek stelt lichamelijke factoren vast die een uiting zijn van de problemen die van invloed zijn op het seksuele probleem.
- Het educatief seksuologisch onderzoek
  - informeert de patiënt over 'normale' seksuele anatomie en fysiologie en geeft voorlichting over genitale functies, inzicht in de oorzaken van het seksuele probleem met ruimte om vragen te beantwoorden.
- Het zelfonderzoek
  - biedt een handleiding aan de patiënt om thuis de eigen genitalia te onderzoeken. Dit gaat vaak vooraf aan een diagnostisch of educatief onderzoek.
- Begeleide lichamelijke (exposure) oefeningen (door een zorgverlener)
  - leren de patiënt te voelen, controleren en ontspannen. Deze kunnen zich richten op de bekkenbodemspieren, of bijvoorbeeld het overwinnen van angst voor confrontatie met de eigen genitalia onder therapeutische begeleiding.

## **BEHANDELING**

### **BEGELEIDING EN BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN**



## **IN DE PRAKTIJK**

## BEHANDELING

### BEGELEIDING EN BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN



## GGZ Standaarden

### EEN INTRODUCTIE IN DE ZORGSTANDAARD SEKSUELE DISFUNCTIES (DEEL 5 VAN 6)



BIJ DE BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN ZIJN GOEDE INFORMATIE, SENSITIVITEIT, RESPECT EN EEN OPEN HOUDING BELANGRIJK.



ZULLEN WE ZO EVEN AAN DE SLAG MET DE OPDRACHTEN VAN DE SEKSUULOOG?

JA FIJN, IK KOM ER ZO AAN.

HET LITEINDELIJKE DOEL IS HET VERGROTEN VAN SEKSUEEL PLEZIER. EEN BEHANDELING KAN ZICH DAARBIJ RICHTEN OP GENEZING, ACCEPTATIE OF HET VERGROTEN VAN SATISFACTIE.



ALS ER EERDER TRAUMA SPEELT MOET OOK DAAR AANDACHT AAN BESTEED WORDEN. VAAK GEBEURT DAT MET EEN COMBINATIE VAN EMDR, HAPTONOMIE EN SEKSTHERAPIE.



HOE GING HET DEZE WEEK MET JULLIE?

IN EEN SEKSUOLOGISCHE BEHANDELING WORDT HET PLISSIT MODEL DOORLOPEN. DIT BEGINT MET PSYCHO-EDUCATIE WAARBIJ DE IMPACT, DE GEVOLGEN EN DE MYTHES ROND SEKSUALITEIT AAN DE ORDE KOMEN.



EN DE SENSATE FOCUS OEFENINGEN, HOE WAS DAT?

DIE STREEL-OPDRACHTEN? JA, FIJN!

DAAROP VOLGEN SPECIFIEKE SUGGESTIES DIE DE INSTANDHOUDENDE FACTOREN EN NEGATIEVE PATRONEN PROBEREN TE DOORBREKEN.





IN DE BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN GAAT HET BIJNA ALTIJD OM EEN BEHANDELING WAARBIJ HET SCALA AAN OORZAKELIJKE EN INSTANDHOUDENDE FACTOREN WORDT AANGEPAKT.

ER KAN WORDEN GEKOZEN VOOR EEN PSYCHOLOGISCHE, PSYCHOTHERAPEUTISCHE OF EEN MEDICAMENTEUZE INTERVENTIE. MEESTAL WORDT GEKOZEN VOOR EEN COMBINATIE.

DE ZORGSTANDAARD SEKSUELE DISFUNCTIES GEEFT INZICHT IN DE VERSCHILLENDE SEKSUELE PROBLEMEN EN DE DAARBIJ PASSENDE VORMEN VAN BEHANDELING.



## **BEHANDELING**

### **BEGELEIDING EN BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN**



### **SAMENVATTING ZORGSTANDAARD**



## **BEHANDELING EN BEGELEIDING**

Bij de opstelling van een behandelplan kan worden gekozen voor 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. Behandelingen van seksuele disfunctie gebeuren vaak aan de hand van het Plissit model.

## **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 coïtusgericht 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.



## **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.



## **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. Huisartsen kunnen (soms samen met de poh-ggz en/of een op seksueel gebied gespecialiseerde zorgverlener) in eerste instantie enkelvoudige seksuele problemen behandelen. Voor jongeren tot 25 is de GGD (Sense) hiervoor geschikt. De GGD kan ingezet worden op het terrein van voorlichting en preventie en waar nodig binnen de instellingen beleid ontwikkelen, gericht op seksuele gezondheid. Het diagnostisch onderzoek kan, afhankelijk van de klacht en de indicatie, worden gedaan door een huisarts, arts-seksuoloog (NVVS), gynaecoloog, uroloog of een bekkenfysiotherapeut. Daarnaast kan laboratoriumonderzoek en psycho-fysiologisch onderzoek gedaan worden.

## **BEHANDELING VAN 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 een universitair medisch centrum.

**Bekijk de zorgstandaard op [ggzstandaarden.nl](http://ggzstandaarden.nl)**