

## Onderzoek naar de meerwaarde van de NVVS-professional

**Auteurs** Nelleke Dijk, Eline Lubbes, Evelien Rijken  
**Opdrachtgever** Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)

**Kenmerk** ER/20/0546/nvsvmw  
**Publicatiedatum** April 2020

© Bureau HHM



## Inhoud

Samenvatting .....	3	5. Casus 2 Seksueel trauma .....	16
1. Seksualiteit in de gezondheidszorg .....	4	5.1 Casusbeschrijving .....	16
2. Over deze notitie .....	5	5.2 Scenario 1: behandeling door een GZ-psycholoog .....	17
2.1 Aanleiding .....	5	5.3 Scenario 2: behandeling door een seksuoloog NVVS .....	17
2.2 Werkwijze .....	5	5.4 Kosten en baten .....	18
2.3 Leeswijzer .....	5	5.5 De rol van andere NVVS-professionals .....	19
3. Het vakgebied seksuologie .....	6	5.6 De casus in brede context .....	19
3.1 Het werk van NVVS-professionals .....	6	6. Casus 3 Pijn bij het vrijen en kindervens .....	21
3.2 Kernbeschrijving .....	6	6.1 Casusbeschrijving .....	21
3.3 De verschillende NVVS-professionals .....	7	6.2 Scenario 1: behandeling door de gynaecoloog .....	22
3.4 Vergoeding van seksuologische hulpverlening .....	9	6.3 Scenario 2: behandeling door een gynaecoloog in combinatie met een seksuoloog NVVS .....	23
4. Casus 1 Erectieprobleem .....	10	6.4 Kosten en baten .....	23
4.1 Casusbeschrijving .....	10	6.5 De rol van andere NVVS-professionals .....	24
4.2 Scenario 1: behandeling door de uroloog .....	12	6.6 De casus in bredere context .....	25
4.3 Scenario 2: behandeling door een seksuoloog NVVS .....	12	7. Wat is de meerwaarde van de NVVS-professional? .....	26
4.4 Kosten en baten .....	13		
4.5 De rol van andere NVVS-professionals .....	14		
4.6 De casus in bredere context .....	14		

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



# Samenvatting

De NVVS (Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie) ziet dat het werk van haar leden onvoldoende onderkend wordt. Daarom deed bureau HHM in opdracht van de NVVS onderzoek naar de meerwaarde van seksuologische hulpverlening door NVVS-professionals. Deze hulpverlening kenmerkt zich door

1. Werken op basis van wetenschappelijke kennis, expertise en vaardigheden op het gebied van seksualiteit. Niet op basis van meningen, eigen ervaringen of beelden die in de maatschappij bestaan over seks.
2. Een bio-psychosociale kijk en werkwijze: omdat seksuele problemen lichamelijke, psychische en sociale kenmerken hebben, komen die integraal aan bod in de behandeling. Dat betekent multidisciplinair werken en behandelen.
3. Bespreekbaar maken, taboe doorbreken en normaliseren.

Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat deze bio-psychosociale aanpak essentieel is om seksuologische problemen goed te behandelen. In deze rapportage leggen we dat uit aan de hand van drie herkenbare casussen. Daarin zien we hoe:

- Jan na prostaatkanker weer de intimiteit met zijn vrouw Sandra weet te herstellen, wat hun relatie en zelfvertrouwen verbetert.

- Nadia haar trauma verwerkt en weer op een plezierige manier seks kan beleven met haar man Jeroen. In het dagelijks leven – onder andere in de zorg voor haar kinderen – functioneert zij beter en de kans op depressieve klachten (en toekomstige zorgvragen) vermindert.
- Marian en Tim ondanks pijn bij het vrijen toch op een plezierige manier zwanger kunnen worden, zonder invasieve medische ingrepen en daarmee gepaard gaande hoge kosten.

In de drie casussen is het zorgpad met betrokkenheid van een NVVS-professional goedkoper dan het zorgpad zonder die betrokkenheid.

De meerwaarde van professionals die specifieke kennis en expertise hebben van seksualiteit is hiermee helder. De wens van de NVVS is om die meerwaarde beter te benutten. Door bekendheid bij verwijzers te vergroten, financiële vergoeding van seksuologische hulpverlening te verbeteren en seksualiteit te erkennen als één van de belangrijke factoren voor de kwaliteit van leven. Daarmee kan de juiste zorg op de juiste plek worden geboden en kunnen onnodig dure en ineffectieve zorg worden voorkomen.

1

2

3

4

5

6

7



# 1. Seksualiteit in de gezondheidszorg

*Mythe: 'Seksuele problemen komen maar heel weinig voor.'*

11% van de mannen en 15% van de vrouwen heeft één of meerdere seksuele disfuncties (steekproef onder ruim 17.000 Nederlandse mannen en vrouwen tussen de 18 en 80 jaar)<sup>1</sup>.

*Mythe: 'Als patiënten willen praten over seksualiteit, beginnen ze er zelf wel over.'*

Seksualiteit is één van de meest onbesproken onderwerpen in de gezondheidszorg. Ook in de huidige tijd is het nog steeds een taboe. Seksualiteit is ongemakkelijk om in professionele sfeer te bespreken. Want onze eigen seksualiteit is altijd ons referentiekader. Praten over seks is dus praten over onze eigen seksualiteit. Professionals beginnen er niet snel zelf over en patiënten ook niet.

*Mythe: 'Gesprekken over seksualiteit kunnen alle professionals prima zelf voeren, daar is geen seksuoloog voor nodig.'*

Als seksualiteit wel besproken wordt, is dat vaak niet op basis van professionele expertise. Bij andere onderwerpen in de spreekkamer is dat ondenkbaar. Maar vrijwel iedereen heeft ervaring met seksualiteit. Het wordt weinig belicht in de diverse opleidingen. Het praten over seksualiteit is daarom grotendeels gebaseerd op het eigen referentiekader, gevormd door eigen ervaringen en verhalen. Terwijl patiënten juist baat hebben bij normalisatie en een gesprek vrij van oordeel. Want ook zij hebben alleen hun referentiekader gebaseerd op eigen ervaringen en verhalen.

*Mythe: 'Een patiënt die ernstig ziek is geweest, moet blij zijn dat hij nog leeft. Leven zonder seks neem je voor lief.'*

Problemen op het gebied van seksualiteit kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Seksualiteit gaat over meer dan alleen plezier. Het heeft impact op onze relaties, liefde, mentale gezondheid en geluk. Het is één van de factoren die bijdraagt aan een goede kwaliteit van leven. Gesprekken over seksualiteit horen dus wel degelijk thuis in de spreekkamer.

*Mythe: 'Zorg door NVVS-professionals wordt vergoed.'*

Hulpverlening op gebied van seksualiteit wordt alleen onder strikte voorwaarden vergoed. In de praktijk betalen patiënten de hulpverlening vaak zelf. Of professionals die niet specifiek gespecialiseerd zijn in seksualiteit verlenen de zorg, omdat hun inzet wel wordt vergoed.

<sup>1</sup> Graaf H de, Wijsen C. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland. *Rutgers*.



## 2. Over dit rapport

### 2.1 Aanleiding

Zoals weergegeven in hoofdstuk 1, wordt de meerwaarde van hulpverlening op gebied van seksualiteit niet altijd onderkend. Er zijn in de praktijk allerlei belemmeringen waardoor mensen niet de juiste hulp en ondersteuning krijgen. Daarom verkennen we in dit rapport wat de meerwaarde van seksuologische hulpverlening is.

### 2.2 Werkwijze

We verkennen de meerwaarde van seksuologische hulpverlening aan de hand van casuïstiek die kenmerkend is voor het werk van seksuologen NVVS, consulenten seksuele gezondheid NVVS en professionals met de aantekening seksuologie NVVS. In elke casus onderzoeken we hoe het zorgpad eruit ziet in twee verschillende scenario's. In het eerste scenario is geen NVVS-professional betrokken, in het tweede scenario wel. In beide scenario's volgen we de betreffende richtlijnen. Ook verkennen we de consequenties van beide scenario's: het effect op de klachten en de kwaliteit van leven van de patiënt en de zorgkosten.

Elke casus is in een aparte focusgroep-bijeenkomst uitgebreid besproken met zorg- en hulpverleners met uiteenlopende achtergrond. De uitkomsten van het onderzoek vormen een weergave van deze bijeenkomsten en van aanvullend verzamelde gegevens uit de literatuur.

Wij willen alle leden van de NVVS die input hebben geleverd voor dit rapport daarvoor hartelijk danken.

### 2.3 Leeswijzer

Vanwege de leesbaarheid hanteren we in dit rapport overal de term 'patiënt', 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'.

In dit rapport gebruiken we de term 'NVVS-professionals' als verzamelnaam voor 'professionals die zich beroepsmatig bezighouden met seksuologie en zijn ingeschreven in één van de NVVS-registers'. Waar we een specifieke professional bedoelen (seksuoloog NVVS, consulent seksuele gezondheid NVVS, professionals met aantekening seksuologie NVVS, supervisor NVVS), duiden we dat aan. In hoofdstuk 3 lichten we toe wat de verschillende NVVS-professionals onderscheidt.

We spreken van 'seksuologische hulpverlening' als verzamelnaam voor de inzet van NVVS-professionals.

1

2

3

4

5

6

7



## 3. Het vakgebied seksuologie

*In dit hoofdstuk geven we aan wat het vakgebied kenmerkt van de verschillende NVVS-professionals.*

### 3.1 Het werk van NVVS-professionals

Tot het werk van NVVS-professionals kan behoren:

- Seksuologische problemen diagnosticeren en behandelen, met name rondom seksuele disfuncties, geaardheid en genderidentiteit, parafilie en misbruik.
- Gezondheidsbevordering, bijvoorbeeld voorlichting en educatie.
- Wetenschappelijk onderzoek uitvoeren op het gebied van seksuologie.
- Opleiden en superviseren van andere professionals tot NVVS-professional.

We hanteren in dit rapport de verzamelnaam NVVS-professional voor professionals die zijn geregistreerd in één van de kwaliteitsregisters van de NVVS. Het betreft:

- de seksuoloog NVVS,
- de consulent seksuele gezondheid NVVS,
- de professional met de aantekening seksuologie NVVS,
- de supervisor NVVS.

Deze professionals houden zich beroepsmatig bezig met seksuologie en houden aantoonbaar hun vakkennis op peil door onder andere

nascholing en intervisie of multidisciplinair overleg. Zij hebben een door de NVVS erkende seksuologie-opleiding met succes afgerond en na uitgebreide werkervaring en supervisie hun registratie behaald.

Voor alle kwaliteitsregisters zijn competentieprofielen ontwikkeld, vastgelegd in het CESSO-rapport<sup>2</sup>. Deze competenties zijn gebaseerd op het CanMeds-model en ingedeeld naar thema's binnen de seksuologie.

Overigens is de titel 'seksuoloog' niet beschermd, waardoor iedereen zich zo mag noemen. De titels uit de bovenstaande kwaliteitsregisters zijn wel beschermd.

In paragraaf 3.3 beschrijven we de taken van de verschillende NVVS-professionals en wat hen onderscheidt.

### 3.2 Kernbeschrijving

Er zijn drie belangrijke elementen die het werk van NVVS-professionals kenmerken.

1. NVVS-professionals werken op basis van wetenschappelijke kennis, expertise en vaardigheden op het gebied van seksualiteit. Deze kennis is leidend (en niet hun eigen meningen en beelden die per definitie beperkt en gekleurd zijn). Hoewel het in de gezondheidszorg zeer vanzelfsprekend is, dat problemen worden benaderd op basis van gedegen kennis, is juist de kennis over seksualiteit bij veel professionals (zonder specifieke opleiding op gebied van seksuologie) beperkt.
2. NVVS-professionals hebben een bio-psychosociale blik. Zij kijken integraal naar de lichamelijke, psychische en sociale<sup>3</sup> kenmerken

<sup>2</sup> Te vinden via: [www.nvvs.info](http://www.nvvs.info)

<sup>3</sup> Sociale factoren zijn bijvoorbeeld: religie, cultuur, relaties, opvoeding en opvattingen.

1

2

3

4

5

6

7



van hun patiënt en hebben gezien hun specifieke opleiding van alle drie kennis. Dit is essentieel omdat seksuologische problemen deze drie kenmerken in zich hebben. De NVVS-professional ziet de integratie en samenhang tussen de lichamelijke, psychische en sociale factoren en integreert deze in de anamnese en de behandeling.

3. NVVS-professionals maken seksuologische problemen bespreekbaar op een onbevooroordeelde manier. Ze normaliseren problemen waar patiënten zich mogelijk juist voor schamen, respecteren diversiteit en doorbreken het taboe. Daardoor ontstaat ruimte om te praten over het probleem en de behandeling. Zij kunnen op basis van hun expertise op het gebied van seksualiteit specifieke interventies toepassen.

Het behandelen door een seksuoloog NVVS past altijd binnen de basisdiscipline. Zo kan een arts (bijvoorbeeld huisarts, uroloog of gynaecoloog) – in tegenstelling tot een klinisch psycholoog of psychotherapeut – lichamenlijk onderzoek verrichten en medicijnen voorschrijven.

Een seksuoloog NVVS kan binnen allerlei organisaties werkzaam zijn bijvoorbeeld GGZ-organisaties, ziekenhuizen of revalidatiecentra, in de verstandelijk gehandicaptenzorg of forensische zorg, of werken als zelfstandige.

De problemen die een seksuoloog NVVS behandelt, hangen meestal samen met andere lichamelijke en/of psychische en/of relationele problemen.

Seksuologen NVVS kunnen daarnaast nog allerlei andere werkzaamheden verrichten zoals het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

### 3.3 De verschillende NVVS-professionals

#### Seksuoloog NVVS

Een seksuoloog NVVS is een klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist of arts met een specifieke aanvullende opleiding op het gebied van seksuologie. Deze opleiding kan alleen door de genoemde (BIG-geregistreerde) basisdisciplines gevolgd worden.

De seksuoloog NVVS is gespecialiseerd in het diagnosticeren en zelfstandig geïntegreerd bio-psychosociaal behandelen van complexe seksuele problemen en heeft daarmee op gebied van behandeling de ruimste bevoegdheid van de verschillende NVVS-professionals. Voor de meeste thema's ligt het competentieniveau op het niveau van zelfstandig handelen. De seksuoloog NVVS werkt regelmatig samen met andere (NVVS-)disciplines.

#### Consulent Seksuele Gezondheid NVVS

De consulent seksuele gezondheid NVVS is vaak een psycholoog, verpleegkundige, (bekken)fysiotherapeut, agoog, (ortho)pedagoog of docent met een aanvullende opleiding op het gebied van seksuologie. Tot het werk van de consulent behoren: counseling geven, voorlichting en preventie uitvoeren en vormgeven, zelf interventies ontwikkelen, praktijkonderzoek opzetten, adviezen geven en beleid maken op het gebied van seksuele gezondheid. Dit alles passend binnen de basisdiscipline. Een consulent kan cliënten of hun omgeving, maar ook professionals en/of organisaties ondersteunen op het gebied van seksuele gezondheid.

Het competentieniveau van de consulent seksuele gezondheid NVVS ligt voor de meer algemene seksuologische thema's op het niveau van

1

2

3

4

5

6

7



handelen onder beperkte supervisie tot zelfstandig handelen. Voor specifiekere thema's ligt het competentieniveau op werken onder (beperkte) supervisie. Er wordt veel samengewerkt met andere (NVVS-)disciplines.

Een consulent kan als zelfstandige werkzaam zijn of werken binnen een organisatie of instelling (bijvoorbeeld GGD, Rutgers, school, instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, revalidatiecentrum).

#### Aantekening Seksuologie NVVS

De professional met een aantekening seksuologie NVVS heeft meestal een afgeronde hbo-opleiding op het gebied van bijvoorbeeld verpleegkunde, maatschappelijk werk, sociaalpedagogische hulpverlening, haptonomie of bekkenfysiotherapie. Naast deze vooropleiding heeft de professional extra scholing gevolgd op het gebied van seksuologie.

Hierdoor is er basiskennis over seksuologische problematiek en is de professional in staat een seksuologisch probleem te verhelderen en te adviseren of verwijzen naar andere hulpverleners (bijvoorbeeld een huisarts, seksuoloog NVVS of psycholoog).

Het competentieniveau van de professional met aantekening seksuologie NVVS ligt voor alle thema's op kennis hebben van, signaleren, verwijzen of handelen onder supervisie. Enkelvoudige problematiek wordt (passend binnen de eigen basisdiscipline) onder supervisie behandeld. Er wordt veel samengewerkt met andere (NVVS-)disciplines.

#### Supervisor NVVS

Supervisie is een vereist onderdeel voor de registratie van NVVS-professionals. Kandidaten moeten deelnemen aan voldoende supervisiezingen. Deze zittingen zijn onder leiding van een geregistreerd supervisor NVVS. De supervisor heeft het hoogste competentieniveau van superviseren en onderwijzen.

#### Onderscheid tussen de rollen

Wat de NVVS-professionals in de verschillende registers onderscheidt, is enerzijds hun opleiding en anderzijds de rol die ze vervullen in de seksuologische hulpverlening. Dit wordt ingedeeld volgens het PLISSIT-model<sup>4</sup> (tabel 1).

Uit het PLISSIT-model blijkt het verschil in rol tussen de seksuoloog NVVS, consulent seksuele gezondheid NVVS en de professional met aantekening seksuologie NVVS. We maken in deze rapportage steeds onderscheid als we specifiek één van deze rollen aanduiden. Als verzamelnaam voor alle professionals in de NVVS-registers hanteren we de overkoepelende term 'NVVS-professional'.

<sup>4</sup> Zorgstandaard seksuele disfuncties. (2018). Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Utrecht.

1

2

3

4

5

6

7





Stap	Verrichting	Hulpverlener
Intake en diagnostiek	Vermoedelijke diagnose en hulpvraag vaststellen	Afhankelijk van de hulpvraag
Permission Limited Information	Psycho-educatie	Alle NVVS-professionals
Specific Suggestions	Suggesties en adviezen, eenvoudige interventies	Alle NVVS-professionals
Intensive Therapy	Complexe/uitgebreide psychologische-seksuologische en/of medisch-seksuologische interventies en/of partnerrelatietherapie	Seksuoloog NVVS
Evaluatie	Evaluatie, herformulering doelstelling	Afhankelijk van bovenstaande

Tabel 1. Het PLISSIT-model

### 3.4 Vergoeding van seksuologische hulpverlening

In geval van een seksuele disfunctie<sup>5</sup> wordt de zorg vergoed als:

- De seksuele disfunctie:
  - samenhangt met een DSM-diagnose (psychische stoornis) die onder de verzekerde zorg valt. N.B. Zorg in geval van een seksuele disfunctie als hoofddiagnose wordt niet vergoed.
  - Samenhangt met een somatische stoornis.

<sup>5</sup> Seksuele disfuncties zijn stoornissen die het vermogen om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren belemmeren. Volgens de DSM-5 moeten de klachten minstens zes maanden aanwezig zijn en moet er sprake zijn van klinisch significant lijden om van een stoornis te mogen spreken.

- Wordt behandeld als onderdeel van de huisartsenzorg door de huisarts of praktijkondersteuner van de huisarts (POH).
- Alleen als de basisdiscipline van de hulpverlener voorkomt in de NZa-beroepentabel, is deze hulpverlener bevoegd, en wordt geacht bekwaam te zijn, om patiënten seksuologisch te behandelen. De zorg kan dan dus ook worden gedeclareerd. Voorbeelden van beroepen in de beroepentabel zijn arts, psychiater, psycholoog en psychotherapeut.

Als zorg niet vergoed wordt, kan dit een sterke prikkel vormen om:

- Als professionals te verwijzen naar een zorgverlener die mogelijk niet het beste in staat is om de seksuologische disfunctie te behandelen, maar wiens inzet wel vergoed wordt.
- Als patiënt af te zien van behandeling.
- Als patiënt de zorg zelf te betalen (indien daartoe financieel in staat) maar de zorg vroegtijdig af te breken bij onvoldoende direct resultaat.

Deze prikkels in geval van niet-vergoede zorg, leiden tot ineffectieve en ondoelmatige zorg.

1

2

3

4

5

6

7



## 4. Casus 1

# Erectieprobleem

We stellen Jan en Sandra voor. Vervolgens schetsen we hoe hun traject eruit ziet in twee verschillende scenario's.

### 4.1 Casusbeschrijving

Jan, 58 jaar, kreeg drie jaar geleden te horen dat hij prostaat-kanker had. Hij is behandeld met radiotherapie (bestraling) en kreeg een jaar lang anti-hormonale therapie. Sinds ongeveer 1,5 jaar heeft hij geen enkele behandeling meer en zijn de PSA-waarden steeds goed<sup>6</sup>.

Tijdens de anti-hormonale therapie had Jan geen seksueel verlangen meer en kreeg hij geen erectie, ook niet bij masturbatie (dat probeerde hij soms). Ook had hij geen behoefte meer aan intimiteit, wat voor hem ongewoon was en voor zijn vrouw Sandra ook erg wennen. Zij miste de fysieke aandacht zoals knuffelen erg. Er was tevens een soort persoonlijkheidsverandering, Jan was veel vlakker. Niet echt de man die hij voorheen was.

Nu er geen behandeling meer is komt Jan's persoonlijkheid weer terug en dat is prettig. Ook zijn zin in seks is terug en daarmee groeit de frustratie dat hij geen goede erectie kan houden. Coïtus lukt absoluut niet tot frustratie van beiden.

<sup>6</sup> Een indicatie dat Jan kankervrij is.



Verder dan knuffelen gaan ze meestal niet, om teleurstelling te voorkomen. Zijn vrouw zou er mee kunnen leven dat zij geen coïtus meer hebben, zolang de intimiteit en eventueel vrijen op andere manieren er is.

1

2

3

4

5

6

7



### Achtergrond Jan en Sandra

- 30 jaar samen, twee volwassen uitwonende kinderen.
- Jan werkte altijd veel als accountant, Sandra was huisvrouw en werkt de laatste jaren parttime als administratief medewerker.
- De relatie is altijd goed geweest, geen bijzonderheden.
- Seks was belangrijk voor beiden. Hierdoor voelden ze zich echt bij elkaar betrokken.
- Het seksuele repertoire is enigszins beperkt: naast coïtus werd ook manueel gevreeën beide kanten op, gericht op orgasme. Ze zijn niet echt gewend om iets te moeten doen om een erectie op te wekken, die was er altijd. Nu leidt met de hand stimuleren niet tot een blijvende erectie. Dit heeft ermee te maken dat Jan vooral aan het testen is of er wel een erectie komt en blijft, en helemaal niet bezig is met opwinding.
- Beiden zijn niet gewend bewust iets met subjectieve opwinding te doen.
- Beiden waren altijd erg betrokken bij elkaar, wilden de ander niet kwetsen, vulden voor elkaar in, dus als er maar een idee was dat de ander niet wilde, dan werd het initiatief al ingetrokken. Nu zitten ze helemaal in de vermijding van seks. Stimulatie en een positieve context ontbreken vaak. En die keer dat het er dan van komt dat ze proberen te vrijen, lukt niet wat ze willen (opwinding, erectie, coïtus).
- Jan voelt zich "geen echte vent" meer en wil Sandra niet teleurstellen. Hij voelt zich een slechte minnaar.

- Sandra wil Jan niet confronteren met de erectieklachten en wacht zijn initiatief af. Ze knuffelt hem wel en geeft hem wel een zoen of een aai. Maar ze neemt geen initiatief tot seksueel contact.

### Hulpvraag

Jan wil graag de seksualiteit weer terugkrijgen en zijn erectie verbeteren.

### Contact met de huisarts

Jan en Sandra gaan samen naar de huisarts en leggen uit dat de behoefte aan intimiteit terug is, maar dat het behouden van een goede erectie niet lukt. De huisarts voert volgens de NHG-standaard<sup>7</sup> een anamnese en lichamelijk onderzoek uit en vraagt daarbij o.a. naar de duur en het beloop van de klachten.

De huisarts bespreekt de optie voor een PDE<sub>5</sub>-remmer (in de volksmond: Viagra) en legt uit dat deze alleen werkzaam is bij voldoende stimulatie en opwinding. Jan merkt met de medicatie geen verschil in zijn erectie, waarop hij en zijn vrouw na verloop van tijd weer teruggaan naar de huisarts.

Vervolgens geeft de richtlijn de suggestie te verwijzen naar een uroloog (voor gespecialiseerde behandeling) of seksuoloog NVVS (wanneer adviezen en medicatie onvoldoende verbetering geven). We werken beide scenario's uit.

<sup>7</sup> NHG-standaard Seksuele Klachten (2015), NHG.



#### 4.2 Scenario 1: behandeling door de uroloog

Jan en Sandra kunnen de zorg door een NVVS-professional niet zelf betalen. Ze zijn vooral op zoek naar een oplossing voor het probleem en vragen naar verdere behandelmogelijkheden. Daarop verwijst de huisarts naar de uroloog.

De uroloog hoort tijdens de anamnese dat er wel een erectie ontstaat, maar dat deze gaandeweg weer afneemt. De uroloog verhoogt de dosis van de PDE5-remmer, maar ziet het stel weer terug vanwege onvoldoende effect. De uroloog stelt een vacuümpomp voor, waarmee door onderdruk bloed in de penis wordt gezogen. Met een elastisch bandje wordt zo een erectie in stand gehouden. Omdat dit voor Jan pijnlijk is en het spontane karakter van seks verdwijnt, biedt dit het stel geen oplossing. Tot slot stelt de uroloog auto-injectietherapie voor (zelf injecteren van een vaso-actieve stof in het zwellichaam van de penis, wat leidt tot een erectie). Jan vindt de injecties erg pijnlijk en stopt met de behandeling waardoor zijn klachten niet verholpen zijn.

De uroloog wil psychoseksuele counseling voorstellen, omdat hij vermoedt dat de psychische component van groter belang is dan eerst gedacht. Jan en Sandra komen echter niet meer terug bij de uroloog. De situatie is weer hetzelfde als bij het eerste bezoek aan de huisarts.

#### 4.3 Scenario 2: behandeling door een seksuoloog NVVS

Jan en Sandra besluiten de zorg door de seksuoloog NVVS zelf te betalen en laten zich door de huisarts verwijzen. Een alternatieve route is dat zij na een zoektocht op internet zelf bij een hulpverlener terechtkomen, zonder tussenkomst van de huisarts.

De seksuoloog NVVS voert een uitgebreide bio-psychosociale seksuologische anamnese uit. In de eerste gesprekken probeert de seksuoloog NVVS de hulpvraag van beiden zo helder mogelijk te krijgen, Jan en Sandra benoemen hun wensen en doelen. De seksuoloog NVVS vraagt tijdens de anamnese naar angsten, verleden, geloofs-overtuiging, vermoeidheid, problemen na kanker, vormen van intimiteit, mate van opwinding, stimulatie, repertoire, etc.

Als de hulpvraag van Jan en Sandra helder is, wordt de behandeling gestart. Die bestaat uit circa vijf gesprekken inclusief educatieve opdrachten en richt zich op vijf onderwerpen:

1. Het doel verleggen van penetratie naar weer genieten van intimiteit.
2. Op een minder prestatiegerichte manier seks beleven.
3. De beleving van seksualiteit: wat is belangrijk voor Jan en Sandra?
4. Communicatie over: angst, vermijdingsaspecten en patronen,
5. Psycho-educatie en normalisatie.

De seksuoloog NVVS bespreekt daarnaast met Jan en Sandra andere behandelopties, zoals het gebruik van een PDE5-remmer en geeft daarbij voorlichting over gebruik, voor- en nadelen en eventuele risico's. Goede educatie staat centraal en er is ruimte om te experimenteren. De besluitvorming vindt gezamenlijk plaats waarbij de wens van Jan en Sandra leidend is.

*In het PLISSIT-model zijn dit de stappen PLI, SS en IT.*

Na de behandeling vindt een follow-up gesprek plaats. Jan en Sandra geven aan dat hun seksleven is verbeterd. Ze hebben geleerd om beter met elkaar te communiceren over hun wensen en verwachtingen.



Er zijn weer goede erecties, maar er is ook acceptatie als dit niet lukt. Het belangrijkste vinden Jan en Sandra dat er intimiteit is tussen hen.

#### 4.4 Kosten en baten

Niet iedereen heeft de luxe om – zoals Jan en Sandra in het tweede scenario – de zorg zelf te betalen. Toch is dat in deze casus het financieel meest gunstige scenario, zoals te zien in bijgaande tabellen, ook als alle zorg vergoed zou worden.

Bij de vraag of de zorg wordt vergoed, houden we geen rekening met het eigen risico, omdat dit verschilt per patiënt. Ook kunnen er andere zorgvragen zijn waarbij reeds zorg is ingezet en het maximale eigen risico al is bereikt.

Het precieze effect van beide scenario's is moeilijk vooraf te voorspellen en per individu verschillend, afhankelijk van de specifieke context. Wel is zichtbaar dat in scenario 1 enkelvoudig wordt ingezet op lichamelijke interventies. Omdat het probleem van Jan en Sandra niet alleen een lichamelijke oorzaak heeft, is de kans groot dat dit onvoldoende effectief is. Daarom is een positievere uitkomst te verwachten van scenario 2, waarin wordt ingezet op alle beïnvloedende factoren.

<sup>8</sup> Bron: NZa.

<sup>9</sup> Bron: 1) [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl) met zoekterm 'Sildenafil', geraadpleegd op 16-1-2020; 2) NZa.

<sup>10</sup> Bron: NZa, [www.opendisdata.nl](http://www.opendisdata.nl), geraadpleegd op 16-1-2020.

<sup>11</sup> Bron: Medimis Pharma, geraadpleegd op 14-2-2020

<sup>12</sup> Bron: [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl), zoekterm 'Papaverine/Fentolamine', geraadpleegd op 16-1-2020.

Onderdeel van het zorgpad (scenario 1)	Kosten	Vergoed?
2 consulten huisarts (5-20 min) <sup>8</sup>	€ 20	Ja
PDE5-remmer, 4 tabletten <sup>9</sup>	€ 25	Nee
3 poliklinische consulten urologie <sup>10</sup>	€ 540	Ja
Vacuümpomp + drukring <sup>11</sup>	€ 249	Nee
Zelfinjectie, 5 ampullen <sup>12</sup>	€ 49	Nee
<b>Totaal</b>	<b>€ 883</b>	

Tabel 2. De kosten van zorg in scenario 1 (casus 1)

Onderdeel van het zorgpad (scenario 2)	Kosten	Vergoed?
2 consulten huisarts <sup>8</sup>	€ 20	Ja
PDE5-remmer, 4 tabletten <sup>9</sup>	€ 25	Nee
7 gesprekken seksuoloog NVVS (1 intake, 5 behandeling, 1 follow-up)	€ 595	Nee
<b>Totaal</b>	<b>€ 640</b>	

Tabel 3. De kosten van zorg in scenario 2 (casus 1)



#### 4.5 De rol van andere NVVS-professionals

- Wat zou de consulent seksuele gezondheid (CSG) NVVS doen? Verwijzing naar een CSG NVVS zou in dit geval ook passend zijn geweest. De CSG NVVS voert in deze casus grotendeels dezelfde behandeling uit als de seksuoloog NVVS. De CSG NVVS is hiertoe opgeleid en competent. Het verschil met de seksuoloog NVVS zit in een dergelijke casus met name in de complexiteit. Indien een uitgebreide psychotherapeutische behandeling of relatietherapie nodig is, zal een seksuoloog NVVS met passende basisdiscipline aangewezen zijn.
- Wat zou de professionals met aantekening seksuologie NVVS doen? Een professional met aantekening seksuologie NVVS zal een uitgebreide seksuologische anamnese doen en de specifieke hulpvraag uitzoeken. Afhankelijk van de basisdiscipline zal hij óf voor een deel zelf behandelen óf direct doorverwijzen naar een andere geschikte NVVS-professional (CSG NVVS of seksuoloog NVVS, afhankelijk van de complexiteit van de casus). Een professional met aantekening seksuologie NVVS in combinatie met ervaring op dit specifieke gebied zal grotendeels deze behandeling kunnen uitvoeren.

#### 4.6 De casus in bredere context

Problemen met seksualiteit staat in de top 3 van problemen die (ex)kankerpatiënten ervaren. Prostaatcancer levert onder andere erectieproblemen op. Dit wordt vaak vermeld, maar niet altijd gehoord of beseft door de patiënt aangezien hij vaak bezig is met overleven. Het seksleven heeft op dat moment geen prioriteit. Zodra de patiënt is uitbehandeld ontstaat weer behoefte aan intimiteit. De stap naar de

huisarts of medisch specialist is dan lastig. De patiënt is dankbaar dat hij weer genezen is en durft niet méér te vragen.

Normaliseren en seksualiteit bespreekbaar maken is een belangrijk onderdeel bij kankerpatiënten die erectieproblemen ervaren. Daarnaast is het van belang dat kankerpatiënten weer vertrouwen krijgen in hun eigen lichaam. Zij moeten zelf regie hebben over de behandeling en keuzes die zij daarin kunnen maken. In de behandeling is het belangrijk dat niet alleen aandacht is voor penetratieseks, maar juist voor andere vormen van intimiteit en seks, voor dat wat mensen fijn en belangrijk vinden. Dit proces kan alleen doorlopen worden als de gesprekken gezamenlijk plaatsvinden met de partner.

Veel patiënten gaan eerst zelf op zoek naar zelfmedicatie en hulpmiddelen. Als dit niet werkt, haken patiënten af. Slechts 10% komt bij de huisarts voor hulp, vaak pas na enkele jaren, zo is de ervaring van de leden van de focusgroep.

Huisartsen maken een afweging of de oorzaak met name psychisch of lichamelijk is. Bij een psychische oorzaak geven zij zelf voorlichting. Bij een medische oorzaak schrijven ze medicatie voor en verwijzen naar een uroloog als er behoefte is aan gespecialiseerde behandelopties. Huisartsen verwijzen pas naar een seksuoloog NVVS als adviezen en medicatie onvoldoende effectief zijn<sup>13</sup>. Deze zorg wordt echter niet vergoed als er geen samenhangende stoornis is. Dit vormt een drempel voor patiënten.

<sup>13</sup> NHG-standaard Seksuele Klachten (2015). NHG.



Beide scenario's beschrijven zorg die volgens de richtlijn is geboden. Toch zijn er grote verschillen in behandeling en verwachte uitkomst. In dit geval vanwege de ontbrekende financiële vergoeding van de zorg door de seksuoloog NVVS in scenario 2. Daarom zal scenario 1 in de praktijk het meeste voorkomen. Terwijl scenario 2 de beste uitkomst laat zien en goedkoper is.

Niet iedereen heeft de pech van Jan en Sandra dat deze (lichamelijk georiënteerde) behandeling door de uroloog in scenario 1 ineffectief is. Maar bij erectiestoornissen kan sprake zijn van allerlei onderliggende lichamelijke, psychologische, relationele, seksuele en sociale factoren<sup>14</sup>. Zo ook in het geval van Jan en Sandra. De behandeling zal zich daarom op deze factoren moeten richten. De focus op slechts lichamelijke factoren is ineffectief, zolang de andere factoren in stand blijven. Juist NVVS-professionals kijken en behandelen met zo'n brede (bio- psychosociale) blik.

Waarom is dat zo belangrijk? In het geval van Jan en Sandra hebben de erectieproblemen niet alleen een effect op een plezierig seksleven, maar ook op hun onderlinge relatie en verbondenheid, hun stemming en zelfvertrouwen. Op termijn kunnen deze problemen leiden tot nog veel meer gezondheidsklachten, met bijkomende medische kosten tot gevolg.

<sup>14</sup> Zorgstandaard seksuele disfuncties. (2018). Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Utrecht.

1

2

3

4

5

6

7



## 5. Casus 2

# Seksueel trauma

*We stellen Nadia voor. Vervolgens schetsen we hoe haar traject eruitziet in twee verschillende scenario's.*

### 5.1 Casusbeschrijving

Nadia van 38 jaar komt bij de huisarts wegens pijn bij het vrijen en verminderde zin in seks met haar man. Het stel heeft op dit moment geen seks meer, wat veel problemen tussen hen veroorzaakt.

Nadia is als derde van acht kinderen geboren in een Marokkaanse familie. Op haar 28<sup>e</sup> is zij getrouwd met Jeroen. Samen hebben ze twee dochters van acht en zes jaar. Voor Nadia is de huidige leeftijd van haar oudste dochter een sterke trigger. Daardoor komen herinneringen terug aan hoe zij als kind door haar vader is misbruikt toen zij zelf acht jaar was. Het lukt haar niet meer om de beelden van die ervaring los te laten. Hierdoor komen de herbelevingen steeds vaker terug.

Een jaar geleden heeft zij hiervoor een traumabehandeling gehad. De PTSS-klachten zijn hiermee sterk verminderd en Nadia kan weer beter functioneren in haar dagelijks leven (kinderen, huishouden). Na pogingen tot seksueel contact door haar man (zeker bij aanraking van de geslachtsdelen en andere erogene zones) zijn er echter toch flashbacks, huilbuien en schuldgevoel.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7





### Achtergrond Nadia en Jeroen

- In het verleden heeft Nadia seks met Jeroen altijd met pijn toegestaan. Voor haar was dit normaal, iets wat erbij hoort.
- Er is sprake van oppervlakkige en diepe pijn.
- Jeroen heeft veel begrip gehad voor Nadia's trauma. Na de trauma behandeling had hij echter verwacht dat haar klachten weg zouden zijn. Hij vindt het moeilijk om met de huidige situatie om te gaan. Jeroen was degene die Nadia heeft aangespoord weer naar de huisarts te gaan. Hij gaat ervan uit dat het verdere traject iets is wat zij zelf moet oppakken en ziet daarin (nog) geen rol voor zichzelf.
- Het is voor Nadia en Jeroen niet vanzelfsprekend om te praten over hun seksleven. Beiden vermijden inmiddels lichamelijk contact zoveel mogelijk.

1

### Hulpvraag

Nadia wil graag dat ze geen last meer heeft van haar klachten en een goede seksuele relatie met haar man heeft.

2

3

### Contact met de huisarts

Nadia komt bij de huisarts wegens pijn bij het vrijen. Tijdens het gesprek vertelt ze dat ze verminderde zin in seks heeft met haar man en dit zoveel mogelijk vermijdt. Dat levert veel problemen tussen het stel.

4

5

De huisarts voert een anamnese uit en vervolgens mogelijk ook een gynaecologisch onderzoek: met behulp van een speculum (eendenbek) bekijkt hij de vaginawand en baarmoedermond. Er zijn geen lichamelijke afwijkingen zichtbaar. De huisarts wil Nadia doorverwijzen.

6

7

De NHG-standaard geeft de suggestie door te verwijzen naar:

- De gespecialiseerde GGZ in geval van seksueel trauma.
- Een gynaecoloog in geval van dyspareunie (pijn bij het vrijen) waarbij nadere diagnostiek of behandeling is gewenst.
- Een seksuoloog NVVS in geval van langer bestaande of ernstige dyspareunie en langer bestaande secundair vaginisme (aanhoudende problemen om iets in de vagina naar binnen te brengen).

De keuze zal afhangen van de ervaringen en het advies van de huisarts en de keuze van de patiënt. Omdat in dit geval de doorverwijzing naar de gynaecoloog minder voor de hand liggend is – en de huisarts op de hoogte is van het seksueel trauma – werken we twee scenario's uit: behandeling door een GZ-psycholoog in de gespecialiseerde GGZ en behandeling door een seksuoloog NVVS.

### 5.2 Scenario 1: behandeling door een GZ-psycholoog

De huisarts verwijst Nadia door naar een GZ-psycholoog voor trauma-behandeling. In tegenstelling tot de eerdere EMDR-behandeling als standaard PTSS-behandeling, wordt nu ingezet op complexe PTSS.

### 5.3 Scenario 2: behandeling door een seksuoloog NVVS

De huisarts verwijst Nadia door naar een GZ-psycholoog die tevens seksuoloog NVVS is. In het intakegesprek komen veel onderwerpen aan bod. Niet alleen in relatie tot de klachten en pijn, maar ook in relatie tot de seksuele ontwikkeling en ervaring, relaties, opvoeding, levensbeschouwing en comorbiditeit. Centraal in het intakegesprek staat het helder krijgen van de hulpvraag van Nadia en het doel van de behandeling.



De behandeling bestaat gemiddeld uit tien gesprekken. De seksuoloog NVVS benadrukt het belang dat de gesprekken plaatsvinden samen met haar man en bespreekt met Nadia en Jeroen:

1. Hun hulpvraag en doel op korte en lange termijn.
2. Psycho-educatie over de pijncirkel, herbeleving, traumatische reactie en dissociatie, met uitleg over hoe seks werkt en welke voorwaarden gesteld moeten worden voor plezierige en pijnvrije seks, met de rol daarbij voor beide partners.
3. Contact maken met je lichaam, ontspanningsoefeningen.
4. Pijnverbod: wat betekent dit voor hen, wat is pijnvrije seks?
5. Communicatie: bespreken van relatie, liefde, intimiteit, seksualiteit, investeren of vertrekken.

Daarbij geeft hij ook huiswerkopdrachten en wordt na afloop van de gesprekken geëvalueerd of het doel is behaald. Na deze tien gesprekken wordt een follow-upgesprek gepland.

Gezien het trauma van Nadia kan worden gekozen om parallel aan de gesprekken met de seksuoloog NVVS ook een EMDR-behandeling uit te voeren. Deze is (aanvullend op de eerdere behandeling) specifiek gericht op de huidige trigger.

*In het PLISSIT-model zijn dit de stappen PLI, SS en IT.*

#### 5.4 Kosten en baten

In deze casus wordt in scenario 1 meer zorg ingezet dan in scenario 2, scenario 1 is daarmee ook duurder dan scenario 2.

Onderdeel van het zorgpad (scenario 1)	Kosten	Vergoed?
1 consult huisarts (5-20 min) <sup>15</sup>	€ 10	Ja
(Complexe) traumabehandeling (25 sessies) <sup>15</sup>	€ 2.685	Ja
<b>Totaal</b>	<b>€ 2.695</b>	

Tabel 4. De kosten van zorg in scenario 1 (casus 2)

Onderdeel van het zorgpad (scenario 2)	Kosten	Vergoed?
1 consult huisarts (5-20 min) <sup>15</sup>	€ 10	Ja
12 gesprekken seksuoloog NVVS (1 intake, 10 behandeling, 1 follow-up)	€ 1.020	Nee
EMDR-behandeling (10 sessies) <sup>15</sup>	€ 1.362	Ja
<b>Totaal</b>	<b>€ 2.392</b>	

Tabel 5. De kosten van zorg in scenario 2 (casus 2)

Het precieze effect van beide scenario's is moeilijk vooraf te voorspellen en per individu verschillend, afhankelijk van de specifieke context. Wel is zichtbaar dat in scenario 1 enkelvoudig wordt ingezet op de traumabehandeling, waar in scenario 2 ook aandacht is voor de invloed hiervan op de relatie en seksualiteit van Nadia en Jeroen. Daarom is in scenario 2 een positievere uitkomst te verwachten.

<sup>15</sup> Bron: NZa.



### 5.5 De rol van andere NVVS-professionals

- Wat zou de consulent seksuele gezondheid (CSG) NVVS doen? De CSG NVVS zal een uitgebreide seksuologische anamnese doen en de hulpvraag vaststellen. De CSG NVVS zal dezelfde doelstellingen hanteren, maar binnen PLI en SS blijven met de interventies. Dit zal maximaal vijf consulten betreffen. Wanneer blijkt dat seksueel trauma een aanzienlijke rol speelt in de problematiek, en uitgebreidere psychotherapeutische behandeling nodig is, zal de CSG NVVS doorverwijzen naar een seksuoloog NVVS gespecialiseerd in trauma-behandeling.

- Wat zou de professionals met aantekening seksuologie NVVS doen? De professional met aantekening seksuologie NVVS zal seksualiteit bespreekbaar maken, de bio-psychosociale factoren uitvragen en de hulpvraag vaststellen. In de meeste gevallen zal hierna direct doorverwezen worden naar een seksuoloog NVVS met expertise op het gebied van traumabehandeling. Indien er een passende basisdiscipline is zal een deel van de behandeling gedaan kunnen worden naar analogie van de CSG NVVS.

### 5.6 De casus in brede context

Seksueel misbruik kan leiden tot problemen in seksuele relaties. Wanneer (en of) deze ervaring tot problemen leidt in seksuele relaties, is per persoon verschillend.

De huisarts voert in dergelijke situaties vaak geen invasief onderzoek uit om te voorkomen dat de patiënt zich hierdoor laat afschrikken. Het trauma is hiervoor (vaak) nog te groot. Fasering is erg belangrijk. Scenario 1 waarbij traumabehandeling centraal staat lijkt voor de meeste patiënten onvoldoende. De behandeling richt zich op het verwerken van het trauma en de herbeleving van het seksueel misbruik. De seksuele relatie en hoe kun je weer genieten van intimiteit met je partner, wordt hiermee onderbelicht.

Scenario 2 laat zien dat de seksuoloog NVVS kijkt naar het effect van het opgelopen trauma ten aanzien van de huidige (seksuele) relatie. Traumabehandeling is immers geen garantie voor het verbeteren van seksuele problemen<sup>16</sup>. De seksuoloog NVVS onderzoekt met de patiënt en diens partner of de impact van het trauma nog effecten heeft op de seksuele relatie (of dat deze een trigger vormt voor de herbelevingen) en bekijkt met de patiënt wat ervoor nodig is om weer te genieten van intimiteit. Dit doen zij onder andere door de partner te betrekken bij de gesprekken en een gezamenlijke anamnese af te nemen. In sommige gevallen kan ervoor gekozen worden om de gesprekken met de seksuoloog NVVS parallel te laten lopen met de traumabehandeling, zoals beschreven in scenario 2. Een aantal seksuologen NVVS in Nederland zijn opgeleid om zelf traumabehandeling te geven middels (basis) EMDR-therapie.

Huisartsen maken een afweging of de oorzaak met name bij het ontstane trauma ligt of dat ingezoomd moet worden op de seksuele relatie tussen de patiënt en diens partner. Bij inzoomen op het trauma is

<sup>16</sup> Postma, R., Bicanic, I., van der Vaart, H. & Laan, E. (2013). Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims. *J Sex Med*, 10, 1978-87.



de verwachting dat als het trauma wordt aangepakt, de behoefte en zin aan seksualiteit vanzelf weer terugkeren. Huisartsen kiezen er daarom in het algemeen voor om eerst door te verwijzen voor specialistische EMDR-therapie. De focus op slechts het trauma is in de meeste gevallen ineffectief voor wat betreft problemen in de seksuele relatie, waardoor de GZ-psycholoog of de huisarts alsnog doorverwijzen naar een seksuoloog NVVS.

In sommige gevallen zal ook worden doorverwezen naar een bekkenfysiotherapeut. Wanneer dit een professional is zonder specifieke seksuologische expertise, die functioneel inzet op het mogelijk maken van penetratie, zal dit geen of zelfs een negatief effect hebben. Omdat dit juist het trauma weer naar boven kan halen.

1

Beide scenario's beschrijven zorg die volgens de richtlijn is geboden.

2

Toch zijn er grote verschillen in behandeling en verwachte uitkomst. In dit geval vanwege de effecten die de behandeling opleveren. De ideale situatie lijkt een combinatie van zowel traumabehandeling als het herstel in de seksuele relatie door middel van gesprekken met een seksuoloog NVVS.

3

4

5

Waarom is dit zo belangrijk? In het geval van Nadia en Jeroen is het trauma van Nadia verbonden met haar huidige seksleven. Wanneer bij behandeling van het trauma dit verband onvoldoende aandacht krijgt, zullen daar mogelijk problemen blijven bestaan en zal dus het trauma in stand blijven. Dit beïnvloedt niet alleen haar seksleven en relatie, maar ook haar vermogen om goed te kunnen blijven functioneren in haar gezin en in de maatschappij. Met een risico op bijvoorbeeld een depressie of burn-out.

6

7



## 6. Casus 3

# Pijn bij het vrijen en kinderwens

*We stellen Marian en Tim voor. Vervolgens schetsen we hoe hun traject eruitziet in twee verschillende scenario's.*

### 6.1 Casusbeschrijving

Marian van 30 jaar werkt vier dagen per week in het ziekenhuis als verpleegkundige. Ze is anderhalf jaar geleden getrouwd met Tim. Er is sinds het huwelijk een kinderwens, maar vrijen doet altijd veel pijn. Vaak zodanig dat penetratie niet mogelijk is. Ook heeft Marian regelmatig last van obstipatie. Ze neemt weinig tijd om naar het toilet te gaan. Dat moet altijd even snel tussendoor.

Marian heeft niet altijd pijn bij het vrijen gehad. Een aantal jaar geleden begon de pijn bij penetratie en dit is eigenlijk alleen maar erger geworden. Nu heeft ze ook niet zo'n zin meer om te vrijen.

Ze heeft met haar moeder gedeeld dat ze al anderhalf jaar probeert zwanger te worden. Die heeft haar geadviseerd naar de huisarts te gaan.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



### Achtergrondinformatie Marian en Tim

- Marian is op de lagere school en in de pubertijd veel gepest. Ze was als kind al te zwaar en had weinig vriendinnetjes. Ze zat veel thuis. Haar moeder maakte zich zorgen over haar sociale isolement en adviseerde haar hulp te zoeken. Dat hield Marian eerst af. Uiteindelijk is ze toch onder behandeling van een psycholoog geweest. Dit heeft haar veel goed gedaan. Ze heeft meer eigenwaarde gekregen, is meer bezig met haar uiterlijk en is gaan sporten.
- Voor Marian is dit haar eerste seksuele relatie, zij heeft weinig idee van hoe het er 'van onder' uitziet. Ze heeft nog nooit gekeken met een spiegel en is nog nooit op zelfonderzoek uit geweest. Ze vermijdt het gebied liever. Ook masturbeert ze niet.
- Marian heeft vroeger geen seksuele voorlichting gehad.
- Tim is een begripvolle echtgenoot. Hij heeft al een eerdere seksuele relatie gehad en probeert met alle geduld stapje voor stapje verder te komen. Marian heeft het hier moeilijk mee. Ze heeft het gevoel dat ze faalt en vraagt zich af of het goed komt.
- Marian en Tim komen samen op het eerste consult bij de huisarts.

### Hulpvraag

Marian komt bij de huisarts met een onvervulde kinderwens. Zij vertelt niet uit zichzelf over de pijn bij het vrijen.

### Contact met de huisarts

De huisarts voert een anamnese uit en constateert dat Marian en Tim al 1,5 jaar proberen zwanger te worden. Hij verricht bij Marian inwendig (invasief) onderzoek, wat voor haar erg vervelend is. Van Tim wordt het sperma onderzocht in het laboratorium. De huisarts vindt geen

verklaring voor de subfertiliteit en overlegt met Tim en Marian de opties: een afwachtend beleid of een doorverwijzing naar de afdeling gynaecologie. Ze besluiten tot het laatste.

### 6.2 Scenario 1: behandeling door de gynaecoloog

De gynaecoloog voert de gynaecologische anamnese uit. Hierbij stelt de gynaecoloog enkele vragen over de klachten van Marian. Ook vindt een oriënterend fertiliteitsonderzoek plaats. Hierbij wordt de menstruatiecyclus van Marian geanalyseerd, bloed afgenomen, er wordt een foto van de baarmoeder gemaakt en een echo van de vagina. Dit inwendige onderzoek vindt Marian opnieuw ontzettend vervelend. Ook vindt een zaadonderzoek plaats. De gynaecoloog vindt geen medische bijzonderheden, maar ontdekt hierdoor wel dat Marian ook altijd pijn bij het vrijen heeft en dat penetratie niet altijd lukt. Daarvoor verwijst de gynaecoloog door naar de bekkenfysiotherapeut (zonder aantekening seksuologie NVVS). Voor wat betreft de kinderwens wordt een afwachtend beleid van een half jaar aangehouden.

De bekkenfysiotherapeut (zonder aantekening seksuologie NVVS) leert Marian hoe ze thuis met pelottes kan oefenen met penetratie. Het is voor Marian erg vervelend om hier thuis mee te oefenen. Het doet veel pijn en het wil maar niet lukken.

Na een half jaar ligt het seksleven van Marian en Tim vrijwel stil en is Marian nog niet in verwachting. Daarom wordt gestart met IUI (intra-uteriene inseminatie). Als na vier tot zes cycli geen zwangerschap is opgetreden, zal een evaluatie plaatsvinden en komen Marian en Tim in aanmerking voor IVF (in-vitro fertilisatie).



### 6.3 Scenario 2: behandeling door een gynaecoloog in combinatie met een seksuoloog NVVS

De gynaecoloog voert de gynaecologische anamnese uit en legt uit wat het oriënterend fertiliteitsonderzoek inhoudt. Hierbij merkt zij angst bij Marian op. Ze vraagt waar deze angst vandaan komt, waarna Marian vertelt dat ze al langere tijd pijn bij het vrijen ervaart en opziet tegen pijnlijke onderzoeken. De gynaecoloog besluit geen invasief onderzoek uit te voeren, maar Marian door te verwijzen naar de afdeling verbonden seksuoloog NVVS.

Marian gaat naar de tweedelijns seksuoloog NVVS, die een seksuologische- en bekkenbodemanamnese uitvoert (zonder lichamelijk onderzoek). Hierbij is op verzoek Tim ook aanwezig. Tijdens de seksuologische anamnese komen hun seksuele verleden en heden, pijnklachten, gezinsrelaties en seksuele responscyclus aan bod. De gynaecologische anamnese is al uitgevoerd en daarvan kan de seksuoloog NVVS de resultaten inzien. Tijdens de bekkenbodemanamnese vraagt de seksuoloog naar allerlei zaken die te maken hebben met de bekkenbodem en het bekken, zoals ontlasting, plassen en pijn in de bekkenbodem.

In het eerste gesprek probeert de seksuoloog de hulpvraag van Marian zo helder mogelijk de krijgen. Marian en Tim geven aan zowel hulp bij de pijn bij het vrijen te willen, als bij de onvervulde kindwens. Als de hulpvraag helder is, wordt de behandeling gestart. Omdat Marian zowel pijn bij het vrijen heeft als een onvervulde kindwens, start de seksuoloog NVVS twee trajecten: een traject om te komen tot zelfinseminatie en een traject om te komen tot plezierig vrijen.

Dit laatste in samenwerking met een bekkenfysiotherapeut met aantekening seksuologie NVVS.

De behandeling voor zelfinseminatie bestaat uit twee gesprekken. In het eerste gesprek geeft de seksuoloog NVVS Marian en Tim voorlichting over hoe zelfinseminatie werkt en hoe ze hier gezamenlijk plezier aan kunnen beleven. In een tweede gesprek bespreekt de seksuoloog NVVS met Marian en Tim hoe het zelf insemineren verlopen is.

De behandeling voor plezierig vrijen bestaat uit zeven à acht gesprekken. In deze gesprekken komen zes onderwerpen aan bod:

1. Pijnverbod en psycho-educatie over pijn bij penetratie.
2. Bekkenbodem: Marian krijgt van de bekkenfysiotherapeut met aantekening seksuologie NVVS oefeningen voor zelfexploratie gericht op bewustwording en ademhalingsoefeningen.
3. Relatie: de relatie tussen Marian en Tim.
4. Psychologische factoren van Marian.
5. Seks: de seksuoloog NVVS geeft specifieke opdrachten om de seksuele relatie weer op te bouwen.
6. Vulvaire verzorging en hygiëne.

*In het PLISSIT-model zijn dit de stap PLI, SS en IT.*

### 6.4 Kosten en baten

In deze casus zien we dat scenario 2, waarin de seksuoloog NVVS en bekkenfysiotherapeut met aantekening seksuologie NVVS worden betrokken, goedkoper is dan scenario 1, waarbij door de bekkenfysiotherapeut en gynaecoloog wordt behandeld. Als Marian en Tim uiteindelijk ook kiezen voor IVF wordt het verschil in kosten tussen scenario 1 en scenario 2 groter.

1

2

3

4

5

6

7



Onderdeel van het zorgpad (scenario 1)	Kosten	Vergoed?
2 consulten huisarts (5-20 min) <sup>17</sup>	€ 20	Ja
Laboratoriumonderzoek <sup>17</sup>	€ 46	Ja
Polikliniekbezoek gynaecoloog <sup>18</sup>	€ 315	Ja
Bekkenfysiotherapeut (12 sessies) <sup>19</sup>	€ 516	Ja
Oriënterend fertiliteitsonderzoek <sup>18</sup>	€ 800	Ja
IUI <sup>18</sup>	€ 830	Ja
(optioneel: IVF) <sup>18</sup>	€ 3.340	Ja
<b>Totaal</b>	<b>€ 2.527</b>	
<b>Totaal (incl. IVF)</b>	<b>€ 5.867</b>	

Tabel 6. De kosten van zorg in scenario 1 (casus 3)

Het precieze effect van beide scenario's is moeilijk vooraf te voorspellen en per individu verschillend, afhankelijk van de specifieke context. Wel is zichtbaar dat scenario 1 zich enkelvoudig richt op de kinderwens en scenario 2 inzet op beide hulpvragen. Daarom is een positievere uitkomst te verwachten van scenario 2, omdat een plezierig seksleven bovendien bijdraagt aan de kans om natuurlijk zwanger te worden. Terwijl een IVF-traject vaak een negatieve impact heeft op seks en relaties.

<sup>17</sup> Bron: NZa.

<sup>18</sup> Bron: [www.opendisdata.nl](http://www.opendisdata.nl) (geraadpleegd op 14-2-2020)

<sup>19</sup> Tarief op basis van wat gemiddeld door zorgverzekeraars wordt vergoed

Onderdeel van het zorgpad (scenario 2)	Kosten	Vergoed?
2 consulten huisarts (5-20 min) <sup>17</sup>	€ 20	Ja
Laboratoriumonderzoek <sup>17</sup>	€ 46	Ja
Polikliniekbezoek gynaecoloog <sup>18</sup>	€ 315	Ja
12 gesprekken seksuoloog NVVS (1 intake, 10 behandeling, 1 follow-up)	€ 1.020	Ja
Bekkenfysiotherapeut met aantekening seksuologie NVVS (12 sessies) <sup>19</sup>	€ 516	Ja
<b>Totaal</b>	<b>€1.917</b>	

Tabel 7. De kosten van zorg in scenario 2 (casus 3)

## 6.5 De rol van andere NVVS-professionals

- Wat zou de consultant seksuele gezondheid (CSG) NVVS doen? De CSG NVVS zou het paar vragen om prioritering van de hulpvraag (kinderwens of seksualiteit). Bij de keuze voor seksualiteit zal de kinderwens even geparkeerd worden en zal er gewerkt worden aan plezierige seksualiteit: psycho-educatie en pijnverbod, leren ontspannen bekkenbodemp, opwinding verbeteren, belemmerende gedachten bewerken en rol van de partner bij verbetering van de klacht. Indien nodig zal samengewerkt worden met een bekkenfysiotherapeut met aantekening seksuologie NVVS. Bij de keuze voor kinderwens zal





psycho-educatie gegeven worden over zelfinseminatie. Ook lichaamsbeeld in relatie tot zwangerschap zal aan bod komen. Het verschil met de seksuoloog NVVS zit in een dergelijke casus met name in de complexiteit. Indien een uitgebreide psychotherapeutische behandeling of relatietherapie nodig is, zal een seksuoloog NVVS met passende basisdiscipline aangewezen zijn.

- Wat zou de professional met aantekening seksuologie NVVS doen? De professional met aantekening seksuologie zou een uitgebreide seksuologische anamnese doen en de hulpvraag verduidelijken en prioriteren. Op basis hiervan kunnen instructies over zelf-inseminatie gegeven worden. De behandeling voor pijn bij penetratie zal afhankelijk van de basisdiscipline deels zelf ingezet worden of wordt doorverwezen naar een seksuoloog NVVS. Indien nodig zal samengewerkt worden met een bekkenfysiotherapeut, bij voorkeur ook met aantekening seksuologie NVVS.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7

### 6.6 De casus in bredere context

In deze casus spelen twee problemen een rol. Aan de ene kant pijn bij het vrijen en aan de andere kant een onvervulde kinderwens. Een groot deel van vrouwen met deze problematiek wordt door de huisarts naar een gynaecoloog doorverwezen (afhankelijk van de resultaten van aanvullend onderzoek en de leeftijd van de vrouw na een eventuele periode van afwachtend beleid).

In scenario 1 gaat de gynaecoloog af op de oorspronkelijk geformuleerde hulpvraag: de kinderwens. De oorzaak hiervoor is in deze casus niet lichamelijk, maar het gebrek aan penetratie. Tijdens het gynaecologische onderzoek is er weinig tot geen aandacht voor de pijnklachten. Het

invasieve onderzoek is daarom niet alleen vervelend voor Marian, maar kan haar klachten zelfs verergeren. Ook is er in het onderzoek geen aandacht voor de kwaliteit van seks. Omdat geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt voor de onvervulde kinderwens, wordt IUI ingezet (en bij uitblijvende zwangerschap IVF). Dit zijn zowel fysiek als mentaal zware trajecten, die veel spanning en onzekerheid met zich meebrengen en een grote impact hebben op het dagelijks leven, de relatie en het seksleven van de stellen die dit ondergaan.

In scenario 2 is aandacht voor de pijn van Marian en wordt om die reden geen invasief onderzoek uitgevoerd. Dat is het brede perspectief dat de seksuoloog NVVS zelf toepast en ook inbrengt bij collega's met wie hij/zij samenwerkt. De seksuoloog NVVS zet vervolgens in op beide hulpvragen en beziet deze in samenhang met elkaar.

Waarom is dit zo belangrijk? In scenario 2 wordt uiteindelijk ook ingezet op de oorzaak van de onvervulde kinderwens, in plaats van dit enkelvoudig aan te pakken. Wat niet alleen resulteert in een grotere kans om (op natuurlijke wijze) zwanger te worden, maar ook in een plezierig seksleven met een positieve impact op de relatie. Omdat een NVVS-professional de situatie vanuit verschillende perspectieven belicht kan de oorzaak van het probleem worden aangepakt. Door de kennis van de NVVS-professional worden ook geen nadelige methodes ingezet zoals het gebruik van pelottes of invasief onderzoek, wanneer de patiënt daar niet klaar voor is. Het inzetten van trajecten om via een kunstmatige weg zwanger te worden, kan worden vermeden.



## 7. Wat is de meerwaarde van de NVVS-professional?

Aan de hand van de beschreven casussen hebben we gezien dat de inzet van een seksuoloog NVVS, consulent seksuele gezondheid NVVS of professional met aantekening seksuologie NVVS bij seksuologische problemen lang niet altijd vanzelfsprekend is. Zo zagen we in casus 1 (Jan en Sandra), dat zij alleen bij een seksuoloog NVVS terecht konden als zij de behandeling zelf konden betalen. In de tweede en derde casus, zagen we dat de interpretatie van de problematiek van Nadia en subtiele of non-verbale signalen van Marian, van grote invloed zijn op de verwijzroute. Alle scenario's volgen de geldende richtlijnen (zoals de NHG-standaard). Maar een richtlijn is nooit volledig eenduidig. Deze wordt toegepast door een zorgverlener die een professionele afweging maakt van de situatie en context van de patiënt. Daarbij zijn bekendheid met seksuologische problematiek en met het werk van professionals met kennis en expertise van seksualiteit van groot belang, om oog te kunnen hebben voor de invloed van seksuologische problemen op andere medische klachten.

We zagen dat in de drie casussen het scenario met inzet van de NVVS-professional goedkoper was dan zonder inzet van de NVVS-professional. We zagen ook dat de NVVS-professional meer resultaten wist te bereiken en op termijn zwaardere zorgvragen en zorgkosten kon voorkómen.

Omdat NVVS-professionals de hulpvraag bespreekbaar maken en normaliseren.

Omdat zij in hun behandeling gebruikmaken van gedegen kennis en expertise. En omdat ze cliënten in brede bio-psychosociale context zien, waardoor niet alleen het symptoom, maar ook de oorzaak wordt aangepakt. Met een positieve impact op liefde, relaties, seks en kwaliteit van leven.

Recent onderzoek<sup>20</sup> bevestigt dat enkelvoudige interventies bij mensen met seksuele disfuncties weinig effectief zijn. Juist de verschillende factoren die meespelen, vragen om een multidisciplinaire aanpak met een bio-psychosociaal karakter. Dus met aandacht voor lichamelijke, psychische én sociale factoren.



<sup>20</sup> Leusink, P. (2020). Effectiviteit van seksuologische hulpverlening. Een overzicht van systematische reviews en meta-analyses. *Tijdschrift voor seksuologie*, 44, 31-44.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7