

Seks en POH-GGZ

Nieuwe richtlijnen, nieuwe kansen!

Gea Bijzitter, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, cognitief gedragstherapeutisch werker VGCT, seksuoloog NVVS en systeemtherapeut NVRG i.o.

Ingrid van Hintum, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, gespecialiseerd seksuologisch verpleegkundige en POH-GGZ.

Harold Wenning, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist en POH-GGZ.

De auteurs zijn allen werkzaam bij de GGZ-Friesland.

Inleiding

Vanaf 1 januari 2014 zullen zorgverzekeraars op advies van het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) de behandeling van seksuele disfuncties binnen de geestelijke gezondheidszorg alleen nog vergoeden als deze samenhangen met andere psychische stoornissen, bij gebruik van psychofarmaca of met seksueel misbruik. Patiënten met parafilieën en hyperseksualiteit behoren hierbij tot een uitzondering, hun behandeling wordt ook na januari 2014 nog vergoed.

Alle andere patiënten met seksuele disfuncties moeten hun behandeling zelf betalen, moeten worden behandeld binnen de huisartsenzorg ofwel verwezen worden naar de somatische gezondheidszorg.

De achterliggende gedachte voor deze verschuiving is dat zorg doeltreffend moet zijn, betaalbaar moet blijven en dicht bij de hulpvrager moet worden georganiseerd. Eén en ander is vastgelegd in het *Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014* (www.rijksoverheid.nl) De zorg voor patiënten met seksuele disfuncties zonder psychische of lichamelijke comorbiditeit loopt hiermee ernstig gevaar doordat voor het behandelen van seksuele disfuncties binnen de huisartsenzorg minder tijd en kennis aanwezig is en de functionele zorgketen met adequate verwijsmogelijkheden onduidelijk is geworden. Uitgaande van het CVZ-advies zal de huisarts geneigd zijn te verwijzen naar de somatisch medisch specialistische zorg of - alleen bij psychiatrische comorbiditeit - naar de gespecialiseerde GGZ. Gynaecologen en urologen zijn echter voor de behandeling van seksuele disfuncties zonder somatische comorbiditeit niet alleen veel te duur, maar daar meestal ook niet specifiek voor opgeleid.

Een dergelijke routing staat bovendien haaks op het substitutiebeleid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de juiste zorg op de juiste plek te creëren.

Dit concludeert de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) in een brandbrief aan een aantal leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS van 2 december 2013.

Hoewel wij de zorgen van de NVVS delen, willen wij in dit artikel vooral ingaan op de kansen die deze verandering biedt voor de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg - GGZ (POH-GGZ) zodat patiënten met seksuele klachten en stoornissen toch de aandacht krijgen die ze verdienen.

Achtergrond

Er zijn veel mensen die op een moment in hun leven een seksuele disfunctie hebben (Rutgers WPF, 2011). Het gaat dan bijvoorbeeld om een erectiestoornis, geen verlangen naar seks of pijn bij het vrijen. Dit zijn stoornissen die in Nederland bij één op de vier vrouwen en bij één op de vijf mannen voorkomen. Van hen heeft veertien procent behoefte aan hulp, waarvan op dit moment slechts zes procent die hulp ook daadwerkelijk krijgt (Rutgers WPF, 2011).

Mensen met psychiatrische problemen hebben in vergelijking met de algehele bevolkingspopulatie een grotere kans op problemen met seksualiteit (Wylie e.a. 2002). Bij de GGZ-Friesland gaf in 2009 negenenzestig procent van de patiënten aan seksuele problemen te ervaren (Bijzitter e.a., 2009). Dit is de reden dat veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg de afgelopen jaren een specialistisch team oprichtten voor patiënten met seksuele problemen. Tot en met 2013 kon iedereen -ook zonder psychiatrische diagnose- terecht bij deze poliklinieken, zolang er maar sprake was van een seksuele stoornis. Vanaf 2014 zijn deze specialistische teams niet langer toegankelijk voor mensen zonder psychiatrische diagnose, terwijl specifieke kennis van de seksuologie in de huisartsenpraktijk beperkt is. Daarbij is bekend dat hulpverleners seksualiteit te weinig bespreekbaar maken (Van Drunen e.a. 2010). Gezien bovenstaande kennis en de huidige ontwikkelingen zal voor seksuologische problemen steeds meer een beroep worden gedaan op POH-GGZ.

Onderzoek van Zorgbelang Noord-Holland (Ter Horst, 2012) laat zien dat patiënten de werkwijze van de POH-GGZ enorm waarderen: snel handelen en klachtgericht werken. Zeker patiënten die eerder binnen de GGZ zijn behandeld. Voor hen is deze aanpak soms een verademing. Geen eindeloze onderzoeken/testen en (stigmatiserende) diagnose, maar praktische hulp en meer tijd. De vraag is echter of de POH- GGZ voldoende is toegericht om de ernst en aard van seksuele klachten in te schatten en in staat is seksuologische behandelingen te verrichten. Ter illustratie volgen op de volgende bladzijden een tweetal casussen uit de praktijk.

Casuïstiek

Nynke:

Nynke is een jongedame van 21 jaar die in 2013 bij de huisarts heeft aangegeven behandeld te willen worden voor seksuele problemen. De POH-GGZ heeft in een aantal gesprekken de seksuologische klacht verhelderd, informatie gegeven over in stand houdende factoren en haar verwezen naar de specialistische GGZ vanwege vaginisme waarbij een gebrekkige assertiviteit en een negatief lichaamsbeeld een rol speelden in de ontstaansgeschiedenis. Behalve een seksuele disfunctie is er geen sprake van een psychiatrische stoornis. Nynke volgde de 15 wekelijkse groepsbehandeling "vrouwen en seksualiteit" en gaf in de eindevaluatie aan meer invloed uit te kunnen oefenen op seksueel verlangen en opwinding en een beter lichaamsbeeld te hebben. Ook heeft zij meer controle over haar bekkenbodemspieren en is in staat zelf een tampon in te brengen.

Nu heeft Nynke zelf weliswaar veel geleerd over allerlei aspecten van seksualiteit en meer vertrouwen in haar eigen mogelijkheden, echter de communicatie over seks in de relatie verloopt nog steeds zeer moeizaam. In de evaluatie van de groep geeft zij aan nog graag een afsprakenreeks te willen, samen met haar vriend om toe te werken naar een ontspannen communicatie over seksualiteit en het kunnen hebben van gemeenschap. Inmiddels is het 2014 en zou zij met deze vraag officieel terug verwezen moeten worden naar de huisarts en POH-GGZ, omdat er geen sprake is van een psychiatrische diagnose.

Jurgen:

Twintig jaar geleden is Jurgen voor de liefde naar Nederland geëmigreerd. Hij omschrijft zijn seksuele ontwikkeling tot dan toe als positief. Hij had enkele plezierige seksuele ervaringen in zijn jeugd jaren en was erg tevreden over zijn seksueel functioneren. Al snel nadat Jurgen naar Nederland kwam bleek tot zijn teleurstelling dat zijn echtgenote vrijwel nooit seks met hem wilde. Hij heeft van alles geprobeerd om haar te verleiden, echter zij bleef hem afwijzen. Jarenlang lag hij gefrustreerd naast haar in bed en onderdrukte hij zijn seksueel verlangen. Hij had als norm dat masturbatie iets voor alleenstaanden was. Na een jaar huwelijk ging hij voor het eerst naar de huisarts vanwege slaapproblemen en stemmingsklachten. De huisarts schreef hem antidepressiva voor. Jurgen merkte dat zijn seksuele frustratie hierdoor iets afnam, echter zijn zelf -en lichaamsbeeld werd ook steeds minder. Toen Jurgen zijn baan ten slotte kwijtraakte stortte hij in. Hij wendde zich weer tot de huisarts, welke hem naar de GGZ doorverwees. Hier had hij een aantal gesprekken met een psychiater, maar daar is hij op eigen initiatief weer mee gestopt. De psychiater schreef hem andere medicatie voor waar hij veel negatieve bijwerkingen van kreeg. Jurgen kan zich herinneren dat de vragen aan zowel hemzelf als zijn echtgenote vooral gericht waren op eten, slapen en het inschatten van de kans op suicide. Hoewel hij al die jaren wist dat de stemmingsklachten zijn oorsprong vonden in zijn seksuele frustratie, durfde hij hier zelf niet over te beginnen.

Vorig jaar maakte zijn echtgenote kenbaar te willen scheiden. Zij zou niets meer voor hem voelen en was verliefd geraakt op een andere man. Jurgen voelde zich dusdanig gekrenkt dat hij het leven niet meer zag zitten. Na jaren van seksuele afwijzing en onderdrukking van zijn gevoelens, vond hij dat hij degene was die de relatie uit zou moeten maken en niet zijn vrouw. Toen hij een aantal nachten niet had geslapen van boosheid kwam hij weer terecht bij de huisarts en de POH-GGZ. Na een aantal gesprekken werd hij verwezen naar de specialistische GGZ, waar hij op dit moment in dagbehandeling is. In de wachtkamer las hij in een cliëntenblad informatie over de poli seksuologie en vroeg hij zelf om een verwijzing bij zijn hoofdbehandelaar. In het indicatiegesprek gaf hij aan dat in al die jaren dat hij in beeld was bij de huisarts en de GGZ, nooit iemand gevraagd had naar seksualiteit of zijn mening over de oorzaak van zijn klachten.

Nu hij gescheiden is en hij zichzelf toestaat te masturberen, merkt hij dat hij moeite heeft om een erectie te krijgen en te behouden. Dit weerhoudt hem om een nieuwe relatie aan te gaan.

De POH-GGZ

Zoals eerder gemeld zien wij mogelijkheden voor de POH-GGZ om mensen met seksuele klachten en stoornissen te helpen. Wat kan de POH-GGZ doen zodat patiënten met seksuele klachten en stoornissen toch de aandacht krijgen die ze verdienen.

- *Altijd informeren naar seksualiteit ongeacht sekse, hulpvraag en leeftijd.*

Dit kan heel goed in aansluiting op bijvoorbeeld vragen naar relationele omstandigheden, doelen en wensen van de patiënt. Ook seksualiteit hoort in het rijtje van eten en slapen thuis

- *Aandacht voor het effect van medicatie op seksualiteit.*

Wanneer medicatie door de huisarts wordt opgestart of een verandering heeft plaatsgevonden in middel of dosering is het van belang te vragen naar eventuele bijwerkingen. Als een patiënt negatieve bijwerkingen van de medicatie op het seksueel functioneren ervaart is de kans groot dat hij/zij de medicatie laat staan. Deze vraag kan ingeleid worden door de zin; "veel mensen merken bij het gebruik van deze medicatie een verandering in hun seksualiteit. Heeft u sinds het gebruik van deze medicatie een verandering in uw seksueel functioneren bemerkt?"

- *Aanbieden van een gesprek over seksualiteit op een later moment*

Wanneer in het eerste gesprek blijkt dat er seksuele problemen spelen, maar dat de patiënt hier nog niet verder op in wil gaan of als eerst andere zaken op orde gesteld moeten worden, is het van belang duidelijk uit te leggen dat je hier op een later moment op terug zult komen.

Hiermee geef je de boodschap dat de patiënt ten alle tijde bij jou terecht kan voor een gesprek, een eventuele doorverwijzing en vragen over seksualiteit.

- *Verwerp de gedachte dat verstand van seksuologie nodig is om er naar te vragen.*

Wanneer je een seksueel probleem vermoed, is het bespreekbaar maken en het verhelderen van het probleem in eerste instantie het belangrijkste wat je voor de patiënt kunt doen. Hiervoor zijn echt geen speciale vaardigheden vereist, maar voldoen vaak de basisvaardigheden van de gemiddelde POH-GGZ

- *Nooit "invullen"!*

Ga niet te veel uit van je eigen verwachtingen of referentiekader. Patiënten die zichzelf bijvoorbeeld niet goed verzorgen kunnen ook (problemen met) seks hebben.

- *Oefening baart kunst.*

Net als bij het vragen naar bijvoorbeeld suïcidaliteit zul je merken dat naarmate je seksualiteit vaker bespreekbaar maakt, het je steeds makkelijker af zal gaan.

Ook hierbij is het wel van belang dat de vraag ingeleid wordt, om te voorkomen dat de patiënt zich overrompeld voelt.

- *Informeer eens naar de mogelijkheden om een seksuologische opleiding te doen.*

Het kan bijna niet laagdrempeliger dan wanneer de seksuologische anamnese wordt afgenomen door de POH-GGZ. Dit sluit prachtig aan op de nieuwe richtlijnen. Na een opleiding ben je vaak al in staat om kortdurende seks counseling te verzorgen.

Conclusie

Door de veranderde richtlijnen betreffende de vergoeding van seksuologische zorg dreigen grote groepen patiënten vanaf 2014 hiervan verstoken te blijven. Begeleiding van patiënten met een seksuele stoornis zonder comorbiditeit blijft bij de POH-GGZ echter mogelijk. De POH-GGZ komt hiermee als geen ander in de positie om adequate seksuologische zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden voor iedereen.

Of de POH's-GGZ deze uitdaging aangaan, lijkt alleen nog af te hangen van de POH's-GGZ zelf. Op dit moment is slechts een klein aantal POH's-GGZ geschoold in de seksuologie. Met dit artikel roepen we alle POH's-GGZ op om aandacht te hebben voor seksualiteit in de dagelijkse praktijk en zich eventueel hierin te scholen. Zo kunnen we seksuologische zorg voor iedereen toegankelijk houden.

Geraadpleegde literatuur

- Bakker, F. en Vanwesenbeeck I. (red.) (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Bijzitter GGR., Drunen van, P.R. Geerts E., Beusekom van I.A. (2009). Tussen passie en taboe, is de psychiatrie aan seks toe?. *Vakblad Sociale Psychiatrie* nr. 90
- *Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014*
- *Bevolkingsonderzoek Seksuele Gezondheid in Nederland 2011* - Rutgers WPF
- "Monitor seksuele en reproductieve gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik in Nederland 2011", Rutgers WPF
- *Brief NVVS aan de Minister van VWS*, 17-11-2013
- *Brief NVVS aan de commissie van VWS*, 02-12-2013
- *CVZ Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, Deel 2*, pagina 52-53
- Drunen, P., van e.a. (2010) Gebrek aan aandacht voor seksualiteit bij psychiatrische patiënten, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.
- Gianotten, W.L, Meihuizen-de Regt MJ en Son-Schoones, N., van (2008) *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*, 384-387. Den Haag. Van Gorcum
- Kedde, H., Donker, G., & Leusink, P. (2013). Incidentie van seksuele functieproblemen. *Huisarts en Wetenschap*, 56(2), 62-65.
- Horst, ter L., Haverkamp, S. (2012) *Ervaringen met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg - GGZ*. Zorgbelang Noord-Holland.
- Vroege, J.A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op het gebied van de seksualiteit door de RIAGG* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 10). Delft: Eburon.
- Vroege, J.A., Lotgerink, H.B.F., Rhee, C. van der, Tanis-Nauta, M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2007). Behandeling van seksuele problemen in de eerstelijns, de tweedelijns somatische gezondheidszorg of de tweedelijns GGZ? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 80-84.
- Vroege, J., Nicolai, L., & Wiel, H. van de (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.

Contactadres

Gea Bijzitter, GGZ-Friesland
Sixmastraat 2, 8901BG Leeuwarden
Tel: 058-2848888
e-mail: gea.bijzitter@ggzfriesland.nl

"SPV binnen Zorgmaatwerk"

Ina Mast is werkzaam als SPV bij Zorgmaatwerk Friesland en als consulent voor het Centrum voor Consultatie en Expertise

Het is maandagmorgen en ik vertrek richting kantoor. Een volle werkweek ligt voor me. Eerst het intake overleg. Aanmeldingen die tegenwoordig gescreend worden op specialistische of basis GGZ. De intakes van afgelopen week bespreken we met als doel een passend behandel begeleidingsaanbod te doen. Deze afspraken neem ik mee naar het volgende overleg, het case load overleg waarbij we voor nieuwe cliënten een geschikte case manager zoeken. Vanmiddag is mijn basis GGZ middag. Morgenochtend eerst een MDO, daarna in gesprek met een cliënt en zijn ouders om verwachtingen ten aanzien van zorg af te stemmen, een huisbezoek bij een van mijn eigen klantjes, en 's middag een intake. Een dwarsdoorsnede van het begin van mijn werkweek.

In dit artikel wordt de rol van de SPV binnen Zorgmaatwerk (ZWM) Friesland beschreven. Eerst wordt de context beschreven waarna de organisatie wordt uitgelegd. Hierna wordt ingegaan op mijn werkgebied binnen Friesland.

Zorgmaatwerk

ZWM is een relatief kleine GGZ instelling met ruim honderd werknemers. We maken deel uit van de kwadrantgroep. (Voor meer informatie <http://www.kwadrantgroep.nl/>) Onze directeur, Marja Salverda, heeft in 2004 ZWM opgericht, vanwege de sterk medicaliserende werkwijze op haar toenmalige werkplek.

In de begin tijd was het kantoor gevestigd in de kelder onder het huis van Marja. Begeleiding werd vanuit persoonsgeboden budget (PGB) in de thuissituatie verleend. In 2006 komt er een erkenning voor Zorg in natura (ZIN). Sinds 2007 bieden we ook behandeling vanuit DBC aan. ZMW heeft nu vestigingen in Emmeloord, Heemstede Heerenveen en Leeuwarden. Er wordt in alle vestigingen gewerkt met SPV-en. Deze vervullen verschillende rollen, binnen de POH GGZ, het Outreachingteam en binnen de behandelteams, waar ze als behandelaar werken maar ook actief zijn in het ontwikkelen en innoveren van het behandel aanbod. Binnen de teams is de SPV verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg.

De begeleiding vindt bijna altijd thuis plaats waardoor de sociale context altijd mee genomen kan worden. Behandeling vindt plaats in samenspraak met de cliënt, zowel op kantoor als op de woonplek waarbij de intake vanuit de specialistische GGZ bij voorkeur in de thuissituatie plaats vindt. Er wordt vraaggericht gewerkt waarbij wordt aangesloten bij krachten van de cliënten en maken daarbij gebruik van de mogelijkheden van de familie en belangrijke anderen.

De rol van SPV

Binnen ZMW zijn wij pro- actief We zijn als beroepsgroep zichtbaar. Leidraad voor de vernieuwde functie omschrijving is de concept versie van het nieuwe SPV beroepsprofiel.

Het uitgangspunt van ons team van SPV-en komt uit ons beroepsprofiel. We gaan er vanuit dat klachten niet altijd een pathologisch karakter hebben. Dit sluit aan bij de visie van Romme. De wijze waarop er binnen de gegeven situatie betekenis wordt gegeven aan de klachten en problemen, vormen het uitgangspunt van interventies.

Als ondersteunende interventie willen we de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) invoeren.

We hebben onszelf de opdracht geven om maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de invloed van de WMO-veranderingen, goed te volgen. Voor het op peil houden van de kwaliteit volgen we regelmatig bijscholing. Inschrijven in het kwaliteitsregister is een must en hiervoor hebben we een bescheiden scholingsbudget gekregen.

Binnen ZMW wordt er gewerkt met de CanMeds, die vanuit zeven rollen de zeven competentie gebieden beschrijft (zie concept beroepsprofiel). In de praktijk werkt dit als volgt:

Binnen ZMW werken we met zelfsturende teams. In Friesland gaat het dan om twee teams van ongeveer 15 case managers. Voor de SPV bestaat dit uit een coachende, verbindende, inspirerende en coördinerende rol. Ook dient de SPV overzicht te houden over begeleiding, behandeling, veranderingen binnen de organisatie en maatschappelijke ontwikkelingen. Hiernaast is de SPV verantwoordelijk voor de deskundigheidsbevordering en borgen van kwaliteit van zorg binnen het team van case managers.

Het gaat om kennis, motivatie en ervaring van case managers te onderkennen, op te sporen en te benutten, zodat er een transdisciplinaire samenwerking ontstaat. Het concept beroepsprofiel zegt daar het volgende over: "Dit vraagt van de SPV om competenties als weerbaarheid, leiderschap en het voeren van interdisciplinaire en van multidisciplinaire gesprekken om vakmanschap op de voorgrond te zetten. Zij laten een tegengeluid horen en zorgen ervoor plezier in het werk te houden of weer terug te vinden."

De SPV is 'organisatie breed' betrokken en werkt nauw samen met andere disciplines, wanneer het gaat om inhoud en kwaliteit van zorg. Er wordt integraal gewerkt, dat wil zeggen dat de SPV betrokken is bij het zorgproces van intake tot afsluiting. Hiernaast is de SPV de spil wanneer het gaat om vertaling van veranderingen binnen de zorg en de invloed die het heeft op de praktijk. Daartoe worden er contacten onderhouden met het netwerk en biedt de SPV consultatie waar kennis over sociale psychiatrie nodig is.

ZWM heeft een klein behandelteam, de inzetbaarheid van de SPV is daardoor van belang, mede vanwege de generalistisch opleiding waardoor de SPV van vele markten thuis is. Wij hebben elkaar als team nodig en maken gebruik van onze krachten zodat we onderling versterkend werken.

Tenslotte

Door de invloed van de zorgverzekeraars zijn wij steeds meer gebonden aan de geldende richtlijnen. Het blijft echter de uitdaging om de zorg vraaggericht aan te bieden. De SPV speelt daar zeker een rol in. Het is onze kracht om de richtlijnen te vertalen naar de praktijk en hierdoor interveniëren we vanuit een sociaal kader. In het sociale domein ligt onze grootste uitdaging voor de komende periode. Het werken vanuit de Basis GGZ vraagt om een andere manier van hulpverlening doordat er vooraf bepaald is hoeveel tijd er beschikbaar is en deze werkwijze protocollair is beschreven. Daar moet ik aan wennen. Gelukkig zijn we een kei in "omdenken", zodat we van dit feit ook een uitdaging maken.

Het is vrijdagmiddag, ik rij naar huis en overdenk de afgelopen werkweek. Een week vol met afwisseling, uitdaging en ontmoetingen met bijzondere mensen. Hiernaast voel ik ook de onrust die er heerst ten aanzien van ons vak en daar maak ik me zorgen over. Ik heb immers een zinvol en mooi vak, een vak waar ik trots op ben en hoop nog lang te mogen uitoefenen.