
Seksuele gezondheid bespreekbaar maken in de geestelijke gezondheidszorg?



M. Buring
H. Blok
H. van Rhee

*Allen SPV i.o. werkzaam bij Lentis
en GGZ Drenthe*

*"Sinds ik antipsychotica slik heb ik last van seksuele problemen"
"Ik was gewend makkelijk tot opwindung te komen"
(Psychosenet blog z.d.)*

Inleiding

Seksuele problematiek is een belangrijk onderwerp dat niet voldoende wordt herkend en behandeld binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het betreft vaak verborgen problemen, waar cliënten aanzienlijk last van kunnen ondervinden. Het is essentieel om aandacht te besteden aan seksuele gezondheid en klachten serieus te nemen (GGZ Standaarden, z.d.).

Seksualiteit en psychische klachten beïnvloeden elkaar. Seksuele klachten of seksueel misbruik kunnen onderliggende oorzaken zijn van psychische klachten. Psychische klachten en/of medicatie kunnen op hun beurt het seksueel functioneren verstoren (Rutgers, z.d.) Seksualiteit zou daarom een vanzelfsprekend gespreksonderwerp moeten zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Bijna alle GGZ-professionals vinden seksualiteit een belangrijk thema. Maar handelingsverlegenheid vormt nog te vaak een barrière voor de zorgverleners om seksualiteit daadwerkelijk te bespreken. Hierdoor blijft veel van de problematiek rond seksualiteit onopgemerkt en onbehandeld (Rutgers, z.d.).

Onderzoeksvraag:

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in opleiding (SPV i.o.) zien we in onze praktijk dat seksualiteit van invloed kan zijn op de psychische klachten en visa versa. Wij hebben daarom de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wordt het belang van het bespreken van seksualiteit in de psychiatrie erkend en toegepast in het werk en welke bijdrage kan de SPV hieraan leveren?

Intimiteit en seksualiteit

Intimiteit is een breed begrip (Zorg voor Beter, 2024). Het gaat hierbij over contact, verbondenheid en nabijheid. Denk hierbij aan hand- in- hand lopen, knuffelen of een arm om je heen. Iemand kan nabij zijn waardoor de ander zich minder alleen voelt. Of tijd met een dierbare doorbrengen zoals een persoonlijk gesprek, samen een film kijken of naar muziek luisteren.

Seksualiteit is een breed begrip voor vrijen, erotiek, geslachtsgemeenschap, soloseks, bevrediging en plezier (Zorg voor Beter, 2024). Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedachten, fantasieën, rollen en relaties en het heeft een aantal positieve effecten. Denk hierbij aan ontspannen, genieten. Het kan afleiding geven van verdriet en angst, minder hoofdpijn en zorgt voor gevoel van intimiteit. Seks kan ook bijdragen aan pijnreductie, minder risico op hart- en vaatziekten en zorgt voor minder hoofdpijn.

De World Health Organization (WHO, 2024) beschrijft dat seksuele gezondheid fundamenteel is voor de algemene gezondheid en het welzijn van individuen. Dit geldt niet alleen voor individuen maar ook voor stellen, families en voor de sociaaleconomische ontwikkeling van landen. Seksuele gezondheid moet volgens de WHO respectvol benaderd worden, met waardigheid, aandacht en oog voor iemands achtergrond. Zodat mensen de mogelijkheid voelen om op een plezierige en veilige manier ervaringen op te doen, zonder discriminatie, geweld en dwang.

Psychische problemen en seksualiteit

Iedereen verdient goede informatie, zorg en mogelijkheden rondom seksualiteit (Rutgers, 2024). Op ieder moment in je leven, met elke vraag of elk onderwerp. Voor bepaalde groepen is dit helaas niet vanzelfsprekend. Een ziekte, lichamelijke beperking of het ouder worden van het lichaam heeft invloed op veel vlakken. Zo heeft het effect op seksualiteit en seksuele gezondheid (GGZ Nieuws, 2022). Uit onderzoek van het Expertisecentrum Rutgers (2024) blijkt dat er nadruk moet liggen op het verbeteren van de seksuele gezondheidszorg van onder andere mensen met psychische problemen. Deze mensen valt buiten het gemiddelde van de groep die aangeeft tevreden te zijn over hun seksuele gezondheid.

Vragen naar het seksleven van patiënten kan lastig zijn (GGZ Nieuws, 2022). De meeste mensen zijn met gêne en schaamte opgevoed als het gaat om seksualiteit, waardoor zowel therapeut en cliënt kunnen vervallen in een *conspiracy of silence*: De therapeut denkt dat de cliënt zelf wel over seksuele problemen zal beginnen en de cliënt denkt dat de behandelaar het vast gek vindt als hij/zij over seks begint. Als men wél aandacht heeft voor het seksuele aspect, ligt de focus vaak op preventie, veiligheid, risicogedrag en traumatisering en te weinig op seksueel plezier en verlangen.

Want dit is vaak taboe en geen structureel gespreksonderwerp in de zorg (GGZ Nieuws.nl, 2022).

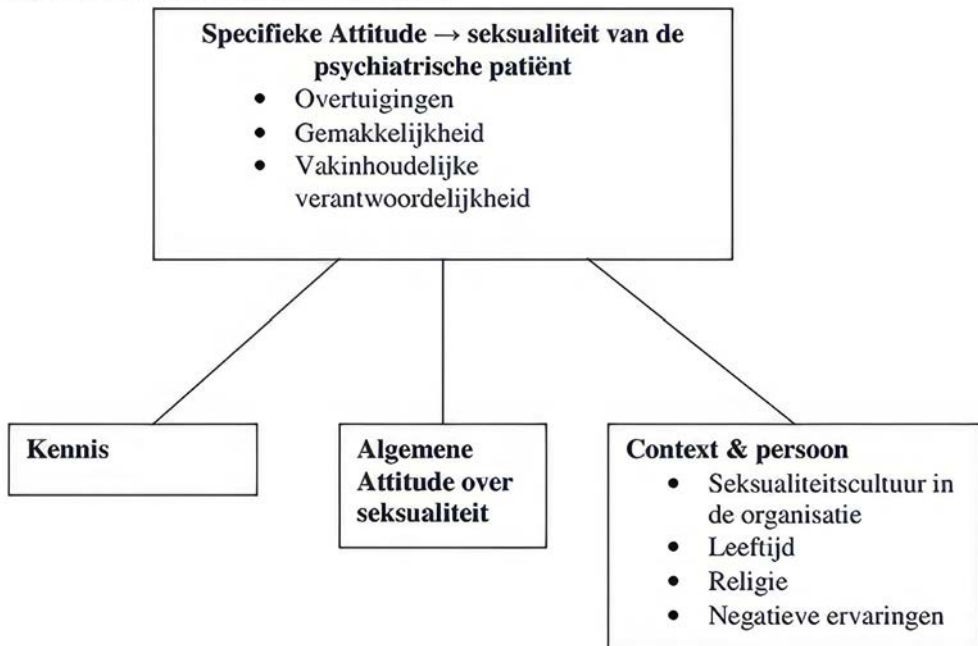
Seksualiteit bespreekbaar maken

Binnen het samenwerkingsverband tussen het Kenniscentrum Seksuele Gezondheid en Gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD) Hart voor Brabant is er een handleiding geschreven voor hulpverleners: "Praten over seksualiteit" (Kenniscentrum Seksuele Gezondheid, 2021). Deze handleiding kan dienen als leidraad voor de hulpverlener bij het gesprek over seksualiteit met de cliënt. Dit hulpmiddel biedt handige tips om in gesprek te gaan met iemand. Hieronder zal er een kleine greep worden uitgelicht:

- Benoem het taboe en neem hierin een open basishouding aan;
- Biedt subtiel informatie aan en houdt hierbij rekening met hetgeen waarvoor cliënt in eerste plaats bij je komt (psychische kwetsbaarheid);
- Verdiep je in de medicatie die een cliënt gebruikt en of dit van invloed kan zijn op de seksualiteit.

Daarnaast is het ook belangrijk om naar andere zaken te kijken, zoals de attitude van de hulpverlener. De attitude van een hulpverlener bestaat uit de volgende onderdelen: overtuiging, gemakkelijkerheid en vakinhoudelijke verantwoordelijkheid (Reynolds & Magan, 2005).

Figuur 1 Model attitude van de hulpverlener



Overtuiging heeft te maken met de opvattingen die een hulpverlener heeft opgedaan in zijn/haar leven met betrekking tot dit onderwerp, in wezen de eigen seksuele socialisatie. Het tweede onderdeel, gemakkelijkheid, heeft er mee te maken of de hulpverlener zich gemakkelijk of ongemakkelijk voelt bij het bespreken van de seksualiteit. Het laatste onderdeel heeft te maken met de hulpverlener of deze zich vakinhoudelijk verantwoordelijk voelt om dit onderwerp te bespreken (Reynolds en Magan, 2005).

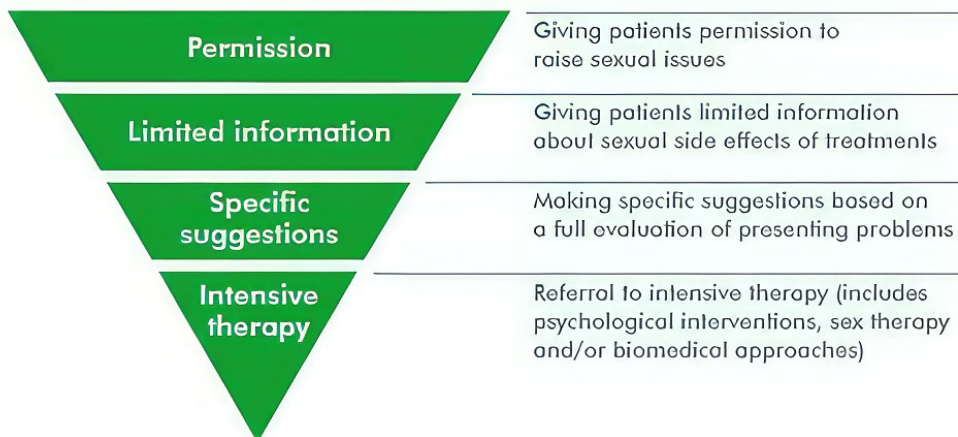
Het is van belang om vooraf zelf duidelijk te hebben wat de eigen normen en waarden zijn op het gebied van seksualiteit en hoe erover gesproken kan worden. Zowel de hulpverlener als het team, moeten een duidelijke visie hebben op het omgaan met seksualiteit binnen de behandeling. Het team bepaalt vervolgens hoe zij seksualiteit integreren in de behandeling.

Er zijn verschillende methodieken die gehanteerd kunnen worden door de hulpverlener. Er is onderzoek gedaan binnen de eigen organisatie naar richtlijnen gericht op seksualiteit. Dit onderzoek leidde naar de GGZ Standaard Seksualiteit in de Praktijk (z.d.). Deze GGZ-standaard hanteert het PLISSIT-model als uitgangspunt in het bespreken van seksualiteit en eventuele diagnostiek die kan volgen. Het PLISSIT-model is in 1974 ontwikkeld door Jack Annon en is destijds opgezet als een stepped care model (Cort et al, 2001). Ook de Richtlijn Veranderende Seksuele Gezondheid (2021) hanteert het PLISSIT- model in de stappen die de zorgprofessional kan hanteren om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.

In samenwerking met onder andere Rutgers Expertisecentrum Seksualiteit, hebben zij een gesprekskaart ontworpen waarin de stappen gekoppeld zijn aan het model. De visie achter het model is dat een persoon met bijvoorbeeld chronische aandoeningen negatieve gevolgen kunnen ervaren op fysieke, geestelijke en sociale domeinen die vervolgens een negatief effect kunnen hebben op de seksuele gezondheid.

Het PLISSIT- model geeft concrete handvatten om aandacht te hebben voor de seksuele gezondheid om die effecten te signaleren, bespreken en waar mogelijk te beperken.

PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



De P staat voor Permission, toestemming. De hulpverlener vraagt expliciet om toestemming aan de cliënt om het onderwerp seksualiteit te mogen bespreken, en alles wat daarbij hoort (Hartog, 2008).

LI staat voor Limited Information, beperkte informatie. Binnen deze fase kan de hulpverlener beperkte en toegepaste informatie verstrekken over het ziektebeeld of medicatie en hoe zich dit verhoudt tot de seksualiteit (Hartog, 2008).

SS staat voor Specific Suggestions, specifieke suggesties. Mits de juiste kennis aanwezig is bij de hulpverlener, kan binnen deze stap advies worden gegeven aan de cliënt naar aanleiding van de opgedane kennis vanuit de vorige stappen (Hartog, 2008).

En als laatste staat de IT voor Intensive Therapy, intensieve therapie. Kijkend naar de problematiek kan ervoor gekozen worden om de cliënt door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg op het gebied van seksualiteit (Hartog, 2008).

Dit model zorgt voor een veilige omgeving waarin de cliënt informatie met betrekking tot seksualiteit kan delen en ook actuele en relevante informatie kan ontvangen. Er zijn veel overeenkomsten te vinden tussen de handleiding "Praten over seksualiteit" en het PLISSIT-model.

Ter illustratie is er recent een 48- jarige man op de poli geweest die sinds lange tijd gediagnosticeerd is met een bipolaire stoornis. Hij is vrijwel zijn hele leven onder behandeling van hulpverlening in de GGZ maar in zijn dossier was niet terug te vinden dat het onderwerp seksualiteit besproken was. Met deze kennis is er eerst toestemming gevraagd om over seksualiteit te praten. Hij was verbaasd maar hij gaf onmiddellijk toestemming. De reden dat hij verbaasd was, was omdat andere hulpverleners niet eerder hiernaar hebben gevraagd.

Na toestemming te hebben gekregen is er de tijd genomen om samen met hem te kijken naar de medicatie die hij gebruikt en welk effect dit kan hebben op hem en zijn beleving van seksualiteit. Na voorlichting hierover te hebben gegeven was er herkenning. Sinds het ophogen van de medicatie na een manische episode kampt hij met een verminderd libido en een erectiestoornis.

Als suggestie hierop, is hem aangeboden in gesprek te gaan met de voorschrijvend behandelaar om te kijken naar andere mogelijkheden, hier wilde hij graag gebruik van maken. Vooralsnog is er geen reden voor intensievere therapie, wellicht dat dit in de toekomst nog zal volgen mocht dat nodig zijn.

Conclusie en aanbevelingen

In het algemeen kan gesteld worden dat seksualiteit en intimiteit een vanzelfsprekend gespreksonderwerp moeten zijn, want bijna alle ggz- professionals blijken dit een belangrijk thema te vinden. Helaas blijkt uit de praktijk en uit de literatuur dat de ervaren problemen rond seksualiteit niet altijd worden opgepakt en daardoor onopgemerkt en onbehandeld blijven. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag kunnen we concluderen dat het belang van het bespreken van seksualiteit niet altijd wordt erkend en niet wordt toegepast in ons werk.

Gelukkig zijn er verschillende initiatieven om de bewustwording van dit thema te bespreken. Zoals beschreven heeft de SPV een belangrijke taak in het erkennen en bespreken van seksualiteit en intimiteit. Het PLISSIT-model is een methodiek die de hulpverlener handvatten geeft om dit thema te bespreken. Sta stil bij de eigen normen en waarden en sluit aan bij die van de ander. Maak het onderwerp niet alleen bespreekbaar in individuele contacten, maar benadruk ook het belang van het bespreken van seksualiteit bij collega's. Op die manier kan de SPV een bijdrage leveren aan het erkennen van het belang van het bespreken van seksualiteit.

Literatuur

- Cort, E.M., Attenborough, J. & Watson, J.P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 489-499.
- GGZ Nieuws.nl (2022). Seksuele gezondheid bespreekbaar maken in de zorg. Geraadpleegd op 26 februari 2024 van Seksuele gezondheid bespreekbaar maken in de zorg - ([ggznieuws.nl](https://www.ggznieuws.nl))
- GGZ Standaarden. (z.d.) Real comics. Geraadpleegd op 20 Maart 2024 van, [ggzstandaarden.nl/81c2cad89eb9184367f24acbe08b815.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/81c2cad89eb9184367f24acbe08b815.pdf)
- Grenswijs (z.d.) seksualiteit in de psychiatrie. Geraadpleegd op 4 Maart 2024 van, *Seksualiteit in de psychiatrie | Grenswijs*
- Psychosenet blog (z.d.) Seksuele problemen bij medicatie - bij gebruik antipsychotica. Geraadpleegd op 26 februari 2024 van, *Seksuele problemen bij medicatie - bij gebruik antipsychotica (psychosenet.nl)*
- Kenniscentrum Seksuele Gezondheid. GGD Hart voor Brabant.? (Maart 2021). Praten over seksualiteit een handleiding voor hulpverleners. Geraadpleegd op 20 maart 2024 van, *Praten over seksualiteit - handleiding voor hulpverleners (ggdhvb.nl)*
- Reynolds, K. E. & Magnan, M. A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist* 19, 255-259.
- Rutgers. (z.d.) Seksuele gezondheid. Geraadpleegd op 23 maart 2024 van, *Seksuele gezondheid - Rutgers*
- Rutgers (z.d.) GGZ. Sexindepraktijk. Geraadpleegd op 26 februari 2024 van, *GGZ - Sexindepraktijk*
- V&VN (2021). Richtlijn veranderende seksuele gezondheid. Geraadpleegd op 26 april 2024 van *2021_Rutgers_gesprekskaartVSG_final.indd (venvn.nl)*
- World health organization. (2024). Sexual health. Geraadpleegd op 18 maart 2024 van, *Sexual health (who.int)*
- Zorg voor beter (2024). Intimiteit en seksualiteit. Geraadpleegd op 23 maart 2024 van, *Intimiteit en seksualiteit bij ouderen zorgvoorbeter.nl)*