

PLAAT 1: INTAKE, AANMELDING EN EERSTE TRIAGERING



Plaat 1: Intake, Aanmelding en Eerste Triagering

Systematische procesplaat voor de initiële ontvangst en triagering van zorgvragers met vragen of klachten rondom seksualiteit, conform de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

- Identificeer de aanmeldklacht en eventuele somatische of psychiatrische comorbiditeit.
- Verken de directe hulpvraag van het individu en indien van toepassing de partner.
- Toets op acute contra-indicaties zoals actuele onveiligheid of ernstig trauma.



Klinisch Uitgangspunt

Elke zorgverlener dient proactief ruimte te bieden om seksualiteit bespreekbaar te maken volgens het principe van **matched-care**.



1.1



Aanmelding en Ontvangst

Verhelder de formele verwijzing of zelfaanmelding en breng de context van de hulpvraag in kaart.

1.2



Veiligheid en Triage

Evalueer aanwezigheid van seksueel grensoverschrijdend gedrag, acuut trauma of ernstige psychiatrische decompensatie.

1.3



Matched-Care Toewijzing

Bepaal of de zorgvrager direct doorstroomt naar basale exploratie of gepecialiseerde crisisopvang heeft.



Is er sprake van acute psychiatrische nood of actuele onveiligheid?

Ja

Nee



Crisis, ernstig psychosociaal gevaar of acuut fysiek letsel

Directe stabilisatie en doorverwijzing naar acute GGZ of medische spoedzorg.



Stabiele situatie met seksuele hulpvraag of zorgen

Vervolg met Plaat 2: Seksuele Anamnese binnen PLISSIT niveaus 1 en 2.

PLAAT 2: SEKSUELE ANAMNESE



PLAAT 2: SEKSUELE ANAMNESE

(PLISSIT Niveaus 1 en 2:
Permission & Limited Information)

Methodische anamnesevoering waarbij expliciet toestemming wordt gevraagd en gerichte basisinformatie wordt verstrekt over seksuele respons en fysiologie.

- Permission (P): Expliciet toestemming vragen om het onderwerp seksualiteit te exploreren.
- Limited Information (LI): Het bieden van gerichte psycho-educatie en normaliserende kaders.
- In kaart brengen van de subjectieve lijdensdruk en relationele context.



Gespreksvoering

“Gebruik open openingsvragen zoals: ‘Bij uw aandoening of situatie zien we vaker veranderingen in de beleving, herkent u dat?’”



2.1



Permission (P)

Creëer een veilige gespreksomgeving en nodig uit tot openheid zonder vooroordelen.

2.2



Verkenning Seksueel Script

Breng de verandering in verlangen, opwinding, orgasme of pijnbeleving systematisch in kaart.

2.3



Limited Information (LI)

Geef beknopte, relevante informatie over de wisselwerking tussen leefstijl, ziekte, medicatie en seksuele respons.



Volstaan Permission en gerichte Limited Information voor de zorgvrager?

Ja

Nee



Rond af met evaluatieafpraak of zelfzorginstructies (doorstroom naar Plaat 6).



Ga door naar Plaat 3: Biopsychosociale Differentialdiagnostiek.



Voorbeeldgesprekken

“Mag ik u hierover wat vragen? Het is een belangrijk onderwerp, en u bepaalt uiteraard zelf wat u wilt delen.”

“Veel mensen met uw aandoening merken veranderingen in hun seksuele beleving. Herkent u dat ook?”

“Er zijn verschillende factoren die invloed kunnen hebben, zoals leefstijl, medicatie en hormonale veranderingen. Zal ik daar kort iets over vertellen?”



Klinische richtlijnen

- ✓ Gebruik een open, niet-oordelende houding.
- ✓ Normaliseer en valideer de klachten.
- ✓ Bied beknopte, betrouwbare informatie.
- ✓ Let op culturele en relationele context.
- ➔ Maak vervolgspraken indien nodig.



PLAAT 3: BIOPSYCHOSOCIALE DIFFERENTIAALDIAGNOSTIEK



STANDAARD

Multidimensionale analyse van predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

- **Biologische dimensie:** medicatiebijwerkingen, hormonale status, anatomie en bekkenbodempunctie.
- **Psychologische dimensie:** faalangst, cognitieve interferentie, toeschouwersgedrag (spectatoring) en stemming.
- **Sociale en relationele dimensie:** communicatiepatronen, intimiteitsbalans en culturele scriptverwachtingen.



Diagnostische Aandacht

Differentieer zorgvuldig tussen levenslange versus verworven, en gegeneraliseerde versus situationele disfuncties.



SOMATISCH / BIOLOGISCH



3.1 Somatische Evaluatie

Beoordeel medische voorgeschiedenis, farmacotherapie en noodzaak tot lichamelijk onderzoek.



PSYCHOLOGISCH / INDIVIDUEEL



3.2 Psychologische Analyse

Onderzoek de rol van prestatiedruk, vermijding en eerdere negatieve of traumatische ervaringen.



RELATIONEEL / SOCIAAL



3.3 Relationele Integratie

Evalueer partnerdynamiek, dyadische stress en seksuele communicatiekloof.



DIAGNOSTISCHE EVALUATIE

Integratie van bevindingen en bepaling van het primaire zwaartepunt.



Wat is het primaire zwaartepunt van de vastgestelde problematiek?

1

Eerstelijns / enkelvoudig biopsychosociaal profiel



Start gerichte interventie volgens **Plaat 4** (Specific Suggestions).

2

Ernstige structurele, somatische of diepgewortelde psychische comorbiditeit



Initieer gespecialiseerde indicatiestelling volgens **Plaat 5** (Intensive Therapy / Verwijzing).

PLAAT 4: INTERVENTIEKEUZE EN SPECIFIEKE SUGGESTIES (PLISSIT NIVEAU 3: SPECIFIC SUGGESTIONS)

INPUT: DIAGNOSTISCHE PARAMETERS



Plaat 4: Interventiekeuze en Specifieke Suggesties (PLISSIT Niveau 3: Specific Suggestions)

Uitrol van gerichte, praktische gedragsmatige interventies en leefstijlaanpassingen afgestemd op de diagnostische bevindingen.

- Sensate focus oefeningen (fase 1: niet-genitale aanraking gericht op zintuiglijke gewaarwording).
- Aanpassing van stimulatiedynamiek, glijmiddelgebruik en ergonomische hulpmiddelen.
- Ontspanningsoefeningen en bewuste ademhaling ter reductie van sympathische activatie.



Behandelinstructie

TIP

Stel altijd prestatievrijheid centraal bij het voorschrijven van specifieke oefensuggesties.

4.1

Doelformulering



Stel gezamenlijk haalbare, niet-prestatiegerichte subdoelen op voor het oefentraject.

4.2

Oefeninstructie en Psycho-educatie



Leg de logica van de oefening uit en neem eventuele weerstand of misconcepties vooraf door.

4.3

Tussentijdse Monitoring



Evalueer beleving, spanning en comfort tijdens de vervolgsessie.

PRAKTISCHE GEDRAGSMATIGE INTERVENTIES



SENSATE FOCUS OEFENINGEN

Fase 1: niet-genitale aanraking gericht op zintuiglijke gewaarwording.

1

Start met niet-genitale aanraking (zacht, langzaam, neutraal).



2

Verken zintuiglijke gewaarwording (geur, aanraking, temperatuur).



3

Bouw geleidelijk comfort en vertrouwen op.



AANPASSING STIMULATIEDYNAMIEK, GLIJMIDDEL EN ERGONOMIE



Varieer stimulatiedynamiek (tempo, druk, ritme).



Gebruik van glijmiddel (indien gewenst).



Maak gebruik van ergonomische hulpmiddelen (kussens, houdingen).



ONTSPANNING EN ADEMHALING

1

Progressieve spierontspanning (o.a. buik, bekken, schouders).

2

Bewuste ademhaling (4-6 ademhalingen per minuut).

3

Verminder sympathische activatie en verhoog lichaamsbewustzijn.



UITKOMST EVALUATIE EN FEEDBACKLOOP



EVALUATIE

Beoordeel effect op:

- ✓ Lijdensdruk (angst, stress).
- ✓ Comfort en plezier.
- ✓ Lichamelijke respons.
- ✓ Naleving en tevredenheid.



REVIEW INTERVAL

Plan evaluatie en feedback om de 1-3 weken (of eerder bij klachten).



Is er sprake van positieve behandelrespons op de specifieke suggesties?



Ja: Afname lijdensdruk en herstel van comfort/plezier

→ Doorgaan naar Plaat 6: Systematische Evaluatie en Casusafronding.



Nee: Blokkerende angst, persisterende pijn of verergering klacht

→ Opschalen conform Plaat 5: Indicatiestelling voor Gespecialiseerde Verwijzing.



Plaat 5: Indicatiestelling voor Gespecialiseerde Verwijzing (PLISSIT Niveau 4: Intensive Therapy)

Criteria en routing voor intensieve multidisciplinaire behandeling en tweedelijnsverwijzing binnen de seksuologische zorgketen.



- Verwijzing naar geregistreerd Seksuoloog NVVS / Arts-Seksuoloog voor gespecialiseerde sekstherapie.
- Inschakeling van een gespecialiseerd Bekkenfysiotherapeut bij hypertonie of dyspareunie.
- Multidisciplinair overleg bij chronische ziekten, oncologische nazorg of genderzorg.



Zorgvuldige Overdracht

Zorg voor een expliciete biopsychosociale samenvatting in de verwijsbrief om herhaling van belastende anamneses te minimaliseren.

STAPPEN NAAR VERWIJZING

5.1

Indicatiebepaling



Toets de casus aan criteria voor intensieve psychotherapie, medische ingrepen of bekkenfysiotherapie.



5.2

Keuze Behandeldiscipline



Selecteer de passende specialist (Seksuoloog NVVS, bekkenfysiotherapeut, uroloog/gynaecoloog of GGZ).



5.3

Warme Overdracht



Bespreek de verwijzing met zorgvrager/partner en formuleer heldere verwijsvragen.

VERWIJZINGSROUTE



Patiënt / Zorgvrager
Klachten en hulpvraag

1

Indicatie voor specialistische verwijzing?
(zie stap 5.1)



Seksuoloog
NVVS



Gespecialiseerde sekstherapie en psychoseksuele begeleiding.



Bekkenfysiotherapie



Bij hypertonie, dyspareunie en bekkenbodempromblematiek.



Medisch Specialist



Uroloog, gynaecoloog, verloskundige of andere relevante medisch specialist.



Gespecialiseerde
GGZ



Bij comorbide psychische klachten, trauma of complexe problematiek.

6

Is het gespecialiseerde verwijstraject geaccepteerd en operationeel?



Ja: Overdracht geslaagd naar tweede lijn / intensieve therapie

Borg vinger aan de pols tot intake specialist en sluit primair traject af.



Nee: Wachtijd of afwijzing van specialistische doorverwijzing

Handhaaf ondersteunende LI-begeleiding en heroverweeg alternatieve netwerkopties.

PLAAT 6: SYSTEMATISCHE EVALUATIE, TERUGVALPREVENTIE EN AFRONDING



Plaat 6: Systematische Evaluatie, Terugvalpreventie en Casusafronding

Afrondingsfase gericht op consolidatie van behaalde doelen, cognitieve terugvalpreventie en definitieve casussluiting.

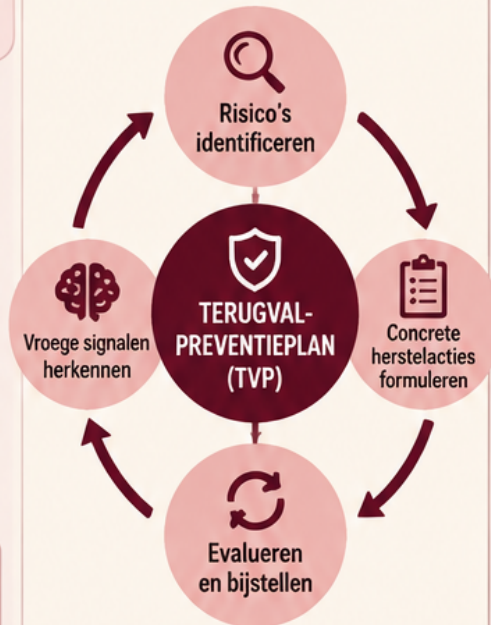
- Evalueren van behaalde behandeldoelen en tevredenheid van de zorgvrager(s).
- Opstellen van een Terugvalpreventieplan (TVP) met identificatie van risicosituaties.
- Formele afronding van het consulttraject met nazorgoptie op afroep.



Consolidatie

Terugvalpreventie richt zich op het normaliseren van tijdelijke fluctuaties in seksueel functioneren onder stress of vermoeidheid.

ITERATIEVE TVP-CYCLUS



Klinische stappen

6.1 Eindevaluatie

Reflecteer op de ontwikkeling van klachten, intimiteit en seksuele zelfredzaamheid.

6.2 Opstellen Terugvalpreventieplan

Identificeer vroege signalen van hernieuwde klachten en formuleer concrete herstelacties.

6.3 Formele Dossiersluiting

Rond het zorgdossier af met een heldere eindrapportage aan verwijzer en zorgvrager.



Zijn alle doelen stabiel bereikt en is het terugvalpreventieplan gereed?



Ja: Doelen behaald, plan geborgd



Sluit het traject definitief af met optionele follow-up na 3 tot 6 maanden.



Nee: Restklachten of toegenomen onzekerheid



Plan 1-2 boosterzittingen of herijds naar eerdere stappen in het consulttraject.