

Bijlage 10

Implementatie

1. Inleiding

Onderdeel van de richtlijn "Veranderende seksuele gezondheid bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen", is het opleveren van een implementatieplan. In dit implementatieplan worden handvatten gepresenteerd die zorgprofessionals helpen om deze richtlijn in de dagelijkse praktijk te implementeren. Ook wordt omschreven wat de praktijk verder nog nodig heeft om deze richtlijn goed te implementeren, rekening houdend met huidige belemmeringen.

In dit implementatieplan komen de volgende onderwerpen aan de orde. In paragraaf 2 worden de opzet en resultaten van de proefimplementatie/praktijktest beschreven. In paragraaf 3 komen de onderwerpen aan de orde waarvoor – onder andere naar aanleiding van de praktijktest – veranderingen nodig zijn binnen de huidige praktijk. In paragraaf 4 ten slotte wordt beschreven welke ondersteunende activiteiten de implementatie van de richtlijn en aanpalende sectoren kunnen bevorderen.

2. Resultaten praktijktest

De richtlijn is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep en gefinancierd door ZonMw. De richtlijnwerkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door een projectteam van het Trimbos-instituut en Rutgers, kenniscentrum seksualiteit.

Een belangrijk onderdeel van een richtlijn is de proefimplementatie of praktijktest. Het doel van de praktijktest is inzicht krijgen in onder andere de uitvoerbaarheid, de belemmerende en bevorderende factoren, de haalbaarheid, de randvoorwaarden en implementatiestrategieën voor toepassing in de praktijk.

In deze proefimplementatie zijn de kernaanbevelingen uit de richtlijn uitgetest door zorgprofessionals. Het gaat hierbij om het toepassen van de kernaanbevelingen rondom signaleren en bespreken van (vermoedens van) veranderende seksuele gezondheid. Hiermee hebben we getoetst hoe de richtlijn door de beoogde gebruikers wordt ontvangen.

De proefimplementatie bestaat uit:

- De praktijktest, bestaande uit het uittesten van de kernaanbevelingen in contact met patiënten.
- Een schriftelijke evaluatie per deelnemend zorgprofessional.
- Telefonische interviews met enkele deelnemende zorgprofessionals, patiënten en zorgmanagers.

Werving en respons

Om de richtlijn in de praktijk te testen hebben we via contacten van de werkgroepleden en de V&VN zorgprofessionals gevraagd zich aan te melden.

De looptijd van de praktijktest was drie maanden (1 maart – 1 juni). Aanvankelijk melden 24 zorgprofessionals zich aan, werkzaam op verschillende terreinen in verschillende professies. Sommige zorgprofessionals kregen geen toestemming van de organisatie waar ze werkten omdat die andere eisen stelden aan het uitvoeren van de praktijktest (medisch ethische voorwaarden).

Een aantal zorgprofessionals had het te druk.
Uiteindelijk zijn er 13 zorgprofessionals die de vragenlijst retourneerden.

- 5 Verpleegkundigen
- 3 Verpleegkundig specialisten
- 1 Verzorgende
- 1 Senior psychiatrisch verpleegkundige
- 2 POH-Somatiek
- 1 POH-GGZ

Sommige respondenten hebben de vragenlijst per casus ingevuld, deze antwoorden van de kernaanbevelingen zijn dan ook per casus meegenomen.

Met 5 van hen is een telefonisch interview afgenomen. Daarnaast zijn er telefonische interviews gehouden met 1 patiënt en 1 zorgmanager.

Evaluatie richtlijn

De richtlijn bestaat uit vijf kernaanbevelingen die de zorgprofessionals tijdens de praktijktest zijn gaan toepassen.

Kernaanbeveling 2

Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken, zoals het 'Zakboek voor verpleegkundig diagnoses' (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (domein 8, Seksualiteit).

Kernaanbeveling 3

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen te bespreken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie Zorgstandaard Seksuele disfuncties). Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (NHG-Standaard Seksuele klachten):

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?

Kernaanbeveling 4

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij patiënten met vermoedens van traumatische ervaringen, veranderd seksueel functioneren te bespreken. Dit kan tijdens de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt

om het over seksualiteit te hebben.

Kernaanbeveling 5

Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderende seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen.

Kernaanbeveling 6

Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontreemd gedrag of grensoverschrijdend gedrag bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen:

- De eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
- Naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;
- Binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.

De vragenlijst

De evaluatie bestond uit een vragenlijst en open vragen die zich richten op de kernaanbevelingen (en dus richtlijn) als geheel. Daarnaast is er per kernaanbeveling een vragenlijst rondgegaan. In de uitkomsten hieronder zijn ook de interviewgesprekken meegenomen.

Uitkomsten algemeen, richtlijn als geheel

In onderstaande tabel (tabel 1) staan de uitkomsten van de vragen over de kernaanbevelingen in de richtlijn als geheel. Alle respondenten zijn het erover een dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten zij moeten uitvoeren. Geen van de respondenten vond de kernaanbevelingen te moeilijk om uit te voeren. Op een respondent na had iedereen voldoende kennis om de kernaanbevelingen toe te passen, de meeste respondenten vonden ook dat de kernaanbevelingen voldoende informatie en materialen bevatten om ze uit te voeren, echter vulde niemand in het hier helemaal mee eens te zijn. Hierdoor valt te overwegen om in de richtlijn of het praktische handvat waarin de richtlijn gegoten wordt, nog wat extra informatie te bieden over de kernaanbevelingen zodat zij gemakkelijker in de praktijk zijn toe te passen.

De kernaanbevelingen sluiten ook grotendeels aan bij de manier van werken van de respondenten. 11 respondenten vonden dat de kernaanbevelingen goed passen bij hun patiënten doelgroep.

Patiënten waren voor het grootste deel ook tevreden over de toepassing van de kernaanbevelingen. De respondenten geven aan dat het al een eerste belangrijke stap is om erover te beginnen, de patiënt kan dan ook aangeven niet verder te spreken. Een respondent vertelde dat die – wanneer de patiënt zelf niets over seksuele gezondheid wil zeggen/geen vragen heeft – die toestemming vraagt aan de patiënt om alsnog wat te vertellen over veranderende seksuele gezondheid in algemene zin. Dit geeft de patiënt de nodige informatie en de mogelijkheid om er op een later moment op terug te komen. Daarnaast gaven respondenten aan dat de patiënten het als positief ervoeren dat de zorgprofessionals erover begonnen.

Tabel 1.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens /	Mee eens	Helemaal mee eens
--	------------------------	---------------	--------------------	-------------	----------------------

			noch mee oneens		
De kernaanbevelingen uit de richtlijn geven helder aan welke activiteiten ik moet uitvoeren. (n=13)			1	10	2
Ik heb voldoende kennis om de kernaanbevelingen uit de richtlijn goed te kunnen toepassen. (N=13)		1	3	9	
De kernaanbevelingen uit de richtlijn bieden alle informatie en materialen die nodig zijn om er goed mee te kunnen werken. (N=13)		1	4	7	1
De kernaanbevelingen uit de richtlijn zijn te ingewikkeld om te kunnen gebruiken. (N=13)	3	9	1		
De kernaanbevelingen uit de richtlijn sluiten goed aan bij hoe we gewend zijn om te werken. (N=13)		1	5	7	
De kernaanbevelingen uit de richtlijn zijn geschikt voor mijn patiënten. (N=13)	1 (dementie)		1	11	
Patiënten zijn over het algemeen tevreden als ik de kernaanbevelingen toepas. (N=13)		1	2	7	3
Patiënten werken over het algemeen mee als ik de kernaanbevelingen toepas. (N=13)		2	2	6	3

Uitkomsten kernaanbeveling 2

In de onderstaande tabel (tabel 2) staan de conclusies rondom kernaanbeveling 2. In deze kernaanbeveling wordt aan verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten aanbevolen een klinische redeneermethode te gebruiken (Zakboek voor verpleegkundige diagnoses) die gericht is op het signaleren van veranderende seksuele gezondheid. Belangrijk om te benoemen is dat alle respondenten gevraagd zijn om met alle kernaanbevelingen aan de slag te gaan, sommige respondenten waren dan ook niet bekend met dit zakboek omdat zij dit niet in hun praktijk gebruiken of aangeleerd hebben gekregen. Hierdoor vonden waarschijnlijk ook niet alle respondenten dit zakboek helemaal bruikbaar en toepasbaar in de praktijk.

De meeste respondenten geven aan dat de visie van het management waar ze werken weinig tot geen invloed heeft op de uitvoerbaarheid van deze kernaanbeveling.

Uit de aanvullende interviews blijkt dat ook de POH-GGZ gebruik maakt van dit Zakboek, daardoor kan deze aanbeveling ook voor hen van toepassing zijn.

Tabel 2.

Kernaanbeveling K2. Om een verpleegkundige diagnose te stellen ten aanzien van veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen kunnen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een klinische redeneermethode gebruiken, zoals het Zakboek voor verpleegkundige diagnoses (Carpenito, 2019) dat gebaseerd is op de NANDA (domein 8 Seksualiteit).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=18)			7	2	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=18)	1	2	9	5	1
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=18)	2	2	7	7	
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=18)	4	7	2	4	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=18)	3	2	5	5	3
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=18)	1	2	4	8	3

Uitkomsten kernaanbeveling 3

Deze kernaanbeveling richt zich op het PLISSIT-model in combinatie met voorbeeldvragen uit de NHG-Standaard Seksuele Klachten. Deze kernaanbeveling is in hoge mate relevant bevonden en zeer bruikbaar en uitvoerbaar in de praktijk.

Een deel van de respondenten geeft aan dat voor de uitvoerbaarheid van deze kernaanbeveling geld, tijd en in grotere mate scholing nodig is. Dit punt kwam ook veelvuldig terug in de open vragen en aanvullende interviews. Een respondent gaf aan extra tijd voor een consult te hebben aangevraagd bij de betreffende huisartsenpraktijk, omdat die anders het gevoel had niet genoeg tijd te hebben. Deze tijd is ook nodig om een patiënt te leren kennen en een veilige sfeer te creëren. Sommige respondenten waren al bekend met het PLISSIT-model en pasten die al toe in de praktijk. De voorbeeldvragen zagen zij als zeer relevant specifiek voor zorgprofessionals die nog niet zoveel ervaring hebben met spreken over seksuele gezondheid. De meer ervaren respondenten gaven aan dat zij vaak al hun eigen taak en vorm hebben gevonden om over seksuele gezondheid te spreken met hun patiënten, deze vorm sluit grotendeels aan bij de manier waarop het in deze kernaanbeveling wordt voorgesteld.

Kernaanbeveling K3. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om in een intake, anamnese of behandeling veranderd seksueel functioneren bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen te bespreken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)). Vervolgens kunnen de volgende open vragen gesteld worden (zie [NHG-Standaard Seksuele klachten](#)):

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie? In hoeverre heeft u daar last van? Wilt u hier hulp voor?

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (N=15)				2	13
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=15)			1	1	13
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=15)			1	7	7
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=15)	3	5	5	1	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=15)	1	4	3	3	4
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=15)	1	1	5	6	2

Uitkomsten kernaanbeveling 4

Deze kernaanbeveling richt zich op patiënten met vermoedens van traumatische ervaringen. Met wederom het gebruik van het PLISSIT-model kan veranderende seksuele gezondheid besproken worden bij deze doelgroep.

De respondenten vonden deze aanbeveling helder en zeer bruikbaar. Echter gaf het merendeel aan dat het hen maar enigszins lukte de kernaanbeveling toe te passen in de praktijk. Dit heeft

voornamelijk te maken met dat mensen minder snel geneigd waren om traumatische ervaringen uit te vragen, hoewel dit niet expliciet in de kernaanbeveling benoemd staat. Hier is nog verwarring over: in hoeverre het gaat over de traumatische ervaringen of over veranderende seksuele gezondheid bespreken bij mensen traumatische ervaringen? Hier moet in de richtlijn meer helderheid over worden verschaft.

Een respondent gaf aan dat die tijdens het uittesten van deze kernaanbeveling met een patiënt heeft gesproken over seksueel geweld dat die persoon heeft meegemaakt. Deze patiënt voelde zich daarna zeer uit het veld geslagen, omdat de zorgprofessional iets had aangesneden dat al een tijd niet meer besproken was. Aan de ene kant vond de patiënt het dus fijn dat de zorgprofessional erover was begonnen, aan de andere kant was er meer nazorg nodig geweest. De respondent gaf ook aan meer informatie nodig te hebben over nazorg en doorverwijsmogelijkheden.

Een andere respondent schreef dat die en diens collega's vaak terughoudend zijn in het bespreken van traumatische ervaringen omdat je bang bent iets aan te boren 'waar je dan iets mee moet'. Het is dus noodzakelijk om hier meer aandacht aan te besteden. Scholing wordt bij deze kernaanbeveling dus ook als zeer relevant ervaren.

Kernaanbeveling K4. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij patiënten met (vermoedens van) traumatische ervaringen veranderd seksueel functioneren te bespreken. Dit kan tijdens de intake, anamnese of behandeling worden gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de eerste stap van het PLISSIT-model, die staat voor Permission, waarbij toestemming wordt gevraagd aan de patiënt om het over seksualiteit te hebben (zie [Zorgstandaard Seksuele disfuncties](#)).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=16)				7	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=16)			3	8	5
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=16)		2	8	4	2
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=16)	5	2	7	2	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=16)	3	2	5	1	5
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=16)		1	2	8	5

Uitkomsten kernaanbeveling 5

Deze kernaanbeveling richt zich op de tweede stap van het PLISSIT-model; het geven van ‘Limited Information’, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven. Alle respondenten vinden deze kernaanbeveling helder, de meesten in hoge mate. Slechts twee respondenten vonden de aanbeveling nauwelijks bruikbaar, dit komt omdat er in sommige organisaties onduidelijkheid is over waar je mensen naartoe door kunt verwijzen. Wederom wordt hier aangegeven dat scholing belangrijk is in het toepassen van deze richtlijn, hierdoor zou er dus speciale aandacht kunnen komen voor doorverwijsmogelijkheden. Een respondent gaf het aan fijn te vinden om zoiets als een sociale kaart te hebben waarop doorverwijsmogelijkheden staan opgeschreven. Daarnaast geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan dat de visie van het management niet tot nauwelijks belangrijk is in het uitvoeren van deze kernaanbeveling. Facilitering in de zin van tijd en geld wordt ook als belangrijk gezien.

Kernaanbeveling 5. Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bij veranderde seksuele gezondheid gebruik maken van de tweede stap van het PLISSIT-model, die staat voor Limited Information, waarbij psycho-educatie en informatie over seksuele gezondheid wordt gegeven aan chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen (zie Zorgstandaard Seksuele disfuncties).

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (n=16)			2	5	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (n=16)		2		7	7
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (n=16)		1	9	1	5
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (n=16)	3	6	4	3	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (n=16)	2	2	2	4	6
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (n=16)	1		1	5	9

Uitkomsten kernaanbeveling 6

De laatste kernaanbeveling richt zich op ondersteuning van zorgprofessionals in het omgaan met seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag. Deze vragenlijst is door minder respondenten ingevuld omdat niet iedereen in een situatie was waarin ze deze stappen moesten ondernemen. Alle respondenten vonden deze kernaanbeveling helder omschreven en 8 van de 10 vonden deze ook bruikbaar. Scholing is wederom belangrijk, in mindere mate de facilitering en visie van het management.

Kernaanbeveling 6. Overweeg als verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende om bij seksueel ontremd of grensoverschrijdend gedrag bij chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en ouderen de volgende stappen te ondernemen:

- de eigen grenzen te communiceren naar de patiënt op het moment wanneer het gedrag plaatsvindt of wanneer de situatie weer veilig is;
- naar het gedrag van de patiënt te kijken en triggers van dit gedrag proberen weg te nemen of op andere manier vorm te geven binnen een andere context. Dit in overleg met andere collega's en waar mogelijk met de patiënt;
- binnen de gegeven werkstructuur vaste momenten met collega's in te plannen om dit onderwerp te bespreken en te oefenen door middel van casuïstiek. Bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.

	Niet	Nauwelijks	Enigszins	In zekere mate	In hoge mate
Is deze aanbeveling helder? (N=10)				1	9
Is deze aanbeveling bruikbaar in de praktijk? (N=10)			2	4	4
In hoeverre lukt het om deze aanbeveling uit te voeren? (N=10)	1		3	3	3
In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze aanbeveling? (N=10)	2	2	2	4	
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling beïnvloed door facilitering in tijd en geld? (N=10)	3	1	3	2	1
In hoeverre wordt de uitvoering van deze aanbeveling bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering? (N=10)	2	1		5	2

Conclusies

Algemeen

Alle respondenten zijn het erover eens dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten zij moeten uitvoeren. De meeste respondenten vonden ook dat de kernaanbevelingen voldoende informatie

en materialen bevatten om ze uit te voeren, echter vulde niemand in het hier helemaal mee eens te zijn.

1. Aanbeveling richtlijn:

- Hierdoor valt te overwegen om in de richtlijn of het praktische handvat waarin de richtlijn gegoten wordt, nog wat extra informatie te bieden over de kernaanbevelingen zodat zij gemakkelijker in de praktijk zijn toe te passen.

De kernaanbevelingen sluiten ook grotendeels aan bij de manier van werken van de respondenten. Ook gaven de respondenten aan dat de patiënten met wie ze de richtlijn getoetst hebben, positief reageerden. Hierdoor hoeven er op dit niveau geen aanpassingen gedaan te worden in de richtlijn.

Tot slot vonden de meeste respondenten dat de visie van het management geen overwegend grote rol speelt in het uitvoeren van de richtlijn, wel wordt het belang van scholing, tijd en geld benadrukt.

Kernaanbeveling 2

Deze kernaanbeveling is gericht op verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Echter, tijdens de praktijktest hebben ook deelnemers uit andere disciplines deze uitgetest. Hierdoor kwam naar voren dat ook een poh-ggz met dit zakboek werkt.

2. Aanbeveling kernaanbeveling 2:

- Hierdoor valt te overwegen om bij deze kernaanbeveling ook poh-ggz als geschikte doelgroep te vermelden.

Kernaanbeveling 3

Het PLISSIT-model en de NHG-standaard voorbeeldvragen worden in hoge mate relevant bevonden door de respondenten. Deze kernaanbeveling was voor alle respondenten helder en bruikbaar, wel wordt het belang van scholing benadrukt.

3. Aanbeveling kernaanbeveling 3:

- Hierdoor concluderen we dat een organisatie of opleiding ruimte, tijd en geld moet investeren in het trainen van zorgprofessionals in het gebruik van het PLISSIT-model en de gespreksvaardigheden die hierbij noodzakelijk zijn.

Kernaanbeveling 4

Deze kernaanbeveling wordt als bruikbaar en relevant gezien, maar de praktijktest (en vooral de interviews) laten zien dat er nog verwarring is over in hoeverre het gaat over de traumatische ervaringen of over veranderende seksuele gezondheid bespreken bij mensen traumatische ervaringen.

Scholing wordt bij deze kernaanbeveling als zeer relevant ervaren omdat zorgprofessionals meer handvatten nodig hebben rondom nazorg en het eventueel doorverwijzen.

4. Aanbeveling kernaanbeveling 4:

- Deze kernaanbeveling moet scherper geformuleerd worden en het valt te overwegen om toch nog op zoek te gaan naar extra informatie rondom vermoedens van traumatische ervaringen die ervoor kunnen zorgen dat zorgprofessionals zich zekerder voelen bij deze doelgroep en beter kunnen doorverwijzen.

Kernaanbeveling 5

Zoals al eerder beschreven vinden zorgprofessionals het PLISSIT-model bruikbaar. Ook de tweede stap waar deze kernaanbeveling zich op richt. Het doorverwijzen naar de juiste informatie of andere zorgprofessionals of zorg is bij deze kernaanbeveling relevant.

5 Aanbeveling kernaanbeveling 5:

- Net als bij kernaanbeveling 4 moet er meer scholing komen rondom doorverwijzen naar de juiste informatie. Het valt te overwegen om bijvoorbeeld een sociale kaart te maken voor zorgprofessionals met hierop geschikte zorg om patiënten naartoe door te verwijzen.

Kernaanbeveling 6

Niet elke zorgprofessional die meedeed aan de praktijktest komt in een situatie waarbij die om moet gaan met (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. In sommige settingen komt dit ook veel vaker voor dan in andere settingen. De zorgprofessionals die deze kernaanbeveling wel hebben toegepast in de praktijk vonden deze bruikbaar. In mindere mate spelen tijd en geld een rol in de uitvoering van deze kernaanbeveling. Net iets minder dan de helft gaf aan dat de visie van het management hier wel een rol speelt, net als scholing.

6 Aanbeveling kernaanbeveling 6:

- Hierdoor wordt aanbevolen om zorgprofessionals een basistraining te geven rondom omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

3. Veranderingen

Onderwerpen waarop na aanleiding van de praktijktest veranderingen nodig lijken te zijn binnen de huidige praktijk, zijn in te delen in twee categorieën: 1. Randvoorwaarden en organisatie en 2. Opleidingen en scholing. Deze veranderingen zijn niet van de ene op de andere dag te realiseren, zij kunnen eerder worden beschouwd als "stip aan de horizon".

Randvoorwaarden en organisatie

- Managers kunnen in regelgeving en beleid faciliteren dat zorgprofessionals voldoende tijd beschikbaar hebben om hulp te bieden aan patiënten rondom veranderende seksuele gezondheid.
- Managers zouden op teamniveau kunnen realiseren dat dit thema een vast plek krijg in een MDO.
- Organisaties zouden ervoor kunnen zorgen dat seksuele gezondheid een vaste plek heeft in een elektronisch patiëntendossier.
- Managers kunnen binnen hun organisatie aandachtsfunctionarissen/ambassadeurs aanstellen die als aanspreekpunt dienen voor collega's die vragen hebben over seksuele gezondheid.
- Managers kunnen binnen hun organisatie een seksuoloog of seksueel consulent aanstellen waar mensen naartoe doorverwezen kunnen worden of die als vraagbaken dienen voor collega's.
- Organisaties moet privé ruimten beschikbaar stellen zodat zorgprofessionals daar kunnen spreken met patiënten.

Opleidingen en scholing

- Zorg voor een trainingsaanbod in relevante kennis en competenties.
- Bij landelijke congressen moet dit thema meer aandacht krijgen.

4. Ondersteunende activiteiten

In deze paragraaf komt aan de orde welke ondersteunende activiteiten nodig zijn om de implementatie van de richtlijn te realiseren. Hierbij gaat het om activiteiten op het terrein van financiering, voorlichting en scholing, onderwijs en onderzoek, die het signaleren en bespreken van veranderende seksuele gezondheid kunnen ondersteunen.

Financiering

- Een poh-s of poh-ggz heeft een standaard protocol waar die mee werkt. Het is afhankelijk van zorgverzekeraars in hoeverre seksuele gezondheid hier een onderdeel van uit maakt. Wanneer dit wel zo is valt het gesprek over seksuele gezondheid automatisch ook onder de vergoede zorg. Daarom is het nodig dat hier financiering voor komt.
- Als een zorgprofessional wil doorverwijzen kan die niet altijd doorverwijzen naar zorg die vergoed wordt, niet alle zorg rondom seksuele gezondheid is voor iedereen vergoed. Er moet dus goed gekeken worden naar de mogelijkheid van meer vergoede zorg rondom veranderende seksuele gezondheid.

Voorlichting en scholing

- Het is aan te raden om in te zetten op voorlichting en scholing rondom de richtlijn. Denk hierbij aan regionale voorlichtingsbijeenkomsten voor verschillende beroepsgroepen.
- Ook zijn bepaalde website behulpzaam zoals:
www.seksindepraktijk.nl
www.thuisarts.nl
www.nvvs.info
- Er is een relatief groot aanbod van trainingen voor zorgprofessionals rondom dit thema. Zowel door organisaties als Rutgers, de NVVS, als wel door onafhankelijk experts. Dit aanbod dient in kaart te worden gebracht en beschikbaar als overzicht van een scholingsaanbod.

Onderwijs en onderzoek

Onderwijs: relevante competenties en kennis voor zorgprofessionals om veranderende seksuele gezondheid te signaleren en bespreken dienen onderdeel te worden van bestaande mbo- en hbo-opleidingen voor deze zorgprofessionals. Ook is het van belang om na- en bijscholingscursussen op dit terrein aan te bieden, zodat ook inmiddels werkzame zorgprofessionals zich op dit vlak kunnen bijscholen.

Onderzoek: Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van veranderende seksueel gezondheid nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. Vervolgonderzoek is zeer wenselijk om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. Onderzoek naar veranderende seksuele gezondheid bij specifieke doelgroepen is nodig, als wel onderzoek naar de effectiviteit van beschikbare diagnostische instrumenten en interventies die nu al gebruikt worden in de praktijk.

Daarnaast kan een uitgebreid onderzoek naar de implementatie van deze richtlijn zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke randvoorwaarden voor implementatie. Meer duidelijkheid hierover kan het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk vergroten.