

Seks, dat spreekt vanzelf?

Samenvatting

Leusink P. *Seks, dat spreekt vanzelf?* Huisarts Wet 2015;58(11):582-5. Huisartsen praten weinig met hun patiënten over seksualiteit. In het algemeen doen ze ook weinig genitaal onderzoek en kennen ze hun seksueel actieve patiëntenpopulatie slecht, althans voorzover het gaat om mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees, vrouwen die een abortus hebben ondergaan of patiënten die anticonceptie gebruiken. Bij diverse aan seksualiteit gerelateerde aandoeningen is het noodzakelijk seksualiteit proactief ter sprake te brengen of erop door te vragen om tot de juiste aanpak te komen. De reden waarom zo'n gesprek vaak toch moeizaam verloopt, is vooral gebrek aan scholing en training bij de huisarts. Seksuele gezondheid zou structureel meer aandacht kunnen krijgen binnen het huisartsgeneeskundig onderzoek en onderwijs.

ONDER BELICHT

Het NHG-congres *Onder Belicht* zet op 13 november 2015 de schijnwerpers op ons genitaal gebied. Dat gebied, met zijn lusten en lasten, is nog te vaak een *no-go area*. Problemen op het terrein van urogynaecologie en seksuele gezondheid lijken voor de huisarts soms een *ver-van-mijn-bedshow*.

- **Zien** we nog wel eens een genitaal? De uitstrijkjes hebben we uitbesteed aan de assistente. Van de NHG-Standaard Fluor vaginalis mag lichamelijk onderzoek achterwege blijven als de vrouw ooit eerder een aangetoonde *Candida*-infectie had,¹ en bij angst voor een soa mag de man in een potje plassen en de vrouw zelf thuis een swab inbrengen. Maar als je – bijvoorbeeld – niet ook anaal test, mis je 63% van de anale chlamydia's bij mannen die seks hebben met mannen (MSM).²
- **Kennen** we onze seksueel actieve patiënten nog wel? MSM hebben een verhoogd gezondheidsrisico (angst, depressie, suïcide, hiv, soa)³ en gaan evenals prostituees voornamelijk naar de GGD als ze soa-klachten hebben. Van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn, gaat 40% rechtstreeks naar een abortuskliniek en na een abortus wordt slechts 18% van de vrouwen verwezen naar de huisarts voor anticonceptie. Gezonde vrouwen die anticonceptie gebruiken, raden we conform de betreffende NHG-Standaarden geen follow-upgesprek aan en de morning-afterpil kan zonder recept bij de drogist worden gekocht.^{4,5}
- **Praten** we met onze patiënten over seksualiteit? Er is onderrapportage van seksueel geweld bij zowel vrouwen als mannen, de helft van de mannen die een recept van de huisarts krijgt voor een erectiepill komt niet voor een ver-

volgrecept terug en er is een flinke discrepantie tussen voorkomen van seksuele problemen in de bevolking en in de spreekkamer.⁶⁻⁸

De vraag is of dit allemaal wel zo erg is. Waarom zouden we geslachtsdelen moeten zien, onze seksueel actieve patiënten moeten kennen en met onze patiënten over seks moeten praten?

SEKS ALS DIAGNOSTICUM

De huisarts hoeft niet over seksualiteit te praten omdat dat sociaal wenselijk zou zijn, maar in de eerste plaats omdat bij seksgerelateerde problemen een juiste aanpak of behandeling vaak niet mogelijk is zonder een goed geformuleerde hulpvraag. De NHG-Standaard Seksuele klachten benoemt een scala aan goede momenten om seks bespreekbaar te maken: urogynaecologische klachten, soa, (controles bij) chronische ziekten als diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen, angstklachten, depressie, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis, chronisch gebruik van geneesmiddelen die in verband worden gebracht met seksuele bijwerkingen zoals anticonceptiva en SSRI's, en een zieke of langdurig opgenomen partner. Ik geef enkele voorbeelden.

Soa

De diagnostiek van soa is niet optimaal als we niets weten over het feitelijke seksuele gedrag van de patiënt.⁹ De huisarts zal dan in de eerste plaats willen weten of de patiënt seksueel contact heeft gehad met een man of met een vrouw. Een vraag naar de seksuele oriëntatie geeft hier minder informatie, omdat er meer MSM (9%) zijn dan mannen die zichzelf homoseksueel noemen (4%).¹⁰ Vervolgens is het – onder andere – nodig te weten of het contact oraal en/of vaginaal en/of anaal is geweest (het laatste ook bij heteroseksuele contacten), of het tegen betaling heeft plaatsgevonden en of patiënt in de

De kern

- Praten over seksualiteit kan een noodzakelijk diagnosticum zijn als de huisarts de patiënt goed wil behandelen of verwijzen.
- Als het spreken over seksualiteit een te groot persoonlijk appel doet, is professionele wendbaarheid geboden zodat men soepel kan overschakelen op aangeleerde kennis en vaardigheden.
- Seksualiteit is sterk onderhevig aan waarden en normen. Daarom is er grote behoefte aan wetenschappelijke evidentie om heersende mythes en misvattingen te ontcrachten en onnodige medicalisering te voorkomen.
- Er is ook grote behoefte aan wetenschappelijke onderzoek naar eenvoudige seksuologische interventies door de huisarts.

afgelopen zes maanden wisselende contacten heeft gehad. De antwoorden bepalen of patiënt op één of op meer soa's getest moet worden, en in welke lichaamsopening de diagnostiek moet worden verricht.⁹

Fluor vaginalis

De diagnostiek van fluor vaginalis, ook en misschien wel juist als de vrouw ooit eerder een vaginale *Candida*-infectie heeft gehad, is niet optimaal zonder seksuele anamnese en onderzoek van vulva en bekkenbodemp. Het is mogelijk dat een vrouw met een vermeende vaginale *Candida*-infectie deel uitmaakt van een subgroep met *provoked vulvodynia*.^{11,12} Daar is alleen maar achter te komen door – onder andere – te vragen naar seksueel gedrag en beleving, naar hoe haar partner hiermee omgaat en naar eventuele negatieve seksuele ervaringen. Aanvullend onderzoek van vulva en bekkenbodemp (recentelijk heeft het NHG hierover een instructiefilm uitgebracht) kan de diagnose bevestigen. Het beleid bij *provoked vulvodynia* bestaat uit verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut en een seksuoloog NVVS, in plaats van het voorschrijven van een antimycoticum (zie verder de NHG-Standaard Seksuele klachten).

Cervixcarcinoom

Het bevragen van de seksualiteit kan ook helpen problemen aan de orde te brengen bij vrouwen die niet zijn verschenen bij het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Eenderde van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, heeft niet of niet altijd aan dit bevolkingsonderzoek deelgenomen. Dat heeft meestal meer dan één reden, en er kan sprake zijn van seksueel trauma, dyspareunie, vaginisme of lesbische oriëntatie.¹³

Psychische en relationele problemen

Voor veel mensen met een chronische ziekte is seksualiteit het belangrijkste domein van de kwaliteit van leven.^{14,15} Daarom kan vragen naar de seksualiteit niet alleen bij urogynaecologische klachten maar ook bij chronische ziekte, depressie of kanker bijdragen aan het welzijn van de patiënt. Seksuele klachten kunnen een forse lijdensdruk geven en leiden tot problemen met het aangaan en behouden van intieme relaties. Helaas blijkt dat, afhankelijk van onderzoeksgroep en geslacht, slechts 34 tot 52% van degenen die hulp zouden willen die hulp ook daadwerkelijk ontvangt.^{10,16} Schaamte speelt een rol, zowel bij de huisarts als bij de patiënt. Huisartsen geven daarnaast ook aan dat ze gebrek aan tijd en een tekort aan training hebben.

De deze maand verschenen NHG-Standaard Seksuele klachten laat zien hoe een adequate seksuele anamnese en, op indicatie, lichamelijk en aanvullend onderzoek de huisarts kunnen helpen een zo goed mogelijk beeld van de onderliggende oorzaken te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelplan op te stellen. Het is belangrijk dóór te vragen bij de anamnese: is het probleem situatieafhankelijk of generaliseerd? Als de klachten afwezig zijn bij seksuele prikkels buiten de context waarin het probleem optreedt (masturbatie,

porno, andere partner, niet-coïtale vormen van seks), dan is de oorzaak zeker niet somatisch. In dat geval kan de huisarts uitleg geven, of eenvoudige adviezen. Om de patiënt correct te kunnen verwijzen, moet de huisarts weten of er bijvoorbeeld sprake is van een seksueel trauma of van relatieproblemen, en is het nodig expliciet naar zulke problemen te vragen.

Uit onderzoek is gebleken dat doorvragen naar de context ook belangrijk is bij een schijnbaar eenvoudig probleem als een erectiestoornis. Volgens huisartsen presenteren patiënten een erectieprobleem veelal als een opzichzelfstaand probleem; ze geven die patiënten dan ook voornamelijk erectiepillen. Daardoor is de kans groot dat ze complexere (psychosociale en relationele) problematiek van patiënt én partner, die samenhangt met het erectieprobleem, onderschatten of niet signaleren.¹⁷

Reality check

Tot slot kan het huisartsen moeilijk ontgaan zijn dat zij deel uitmaken van een geseksualiseerde samenleving. Ten aanzien van seksualiteit hebben mensen vaak verwachtingen die gebaseerd zijn op mythes en vooroordelen. Zie de irreële verwachtingen met betrekking tot erectiepillen, de introductie – via de media – van seksbevorderende medicatie zonder enig wetenschappelijk bewijs en de verwachting dat de seks gedurende het gehele leven hetzelfde blijft. Er is veel onwetendheid over hoe mannen en vrouwen seksueel reageren ('Seks is spontaan', 'Mannen kunnen altijd', 'Iedere man kan de zaadlozing wel een kwartier uitstellen', 'De vagina is haar seksorgaan'). De huisarts zou hier goed werk kunnen doen als realiteitscoach, die hulp biedt met informatie en eenvoudige adviezen.

De conclusie is dat genitaal onderzoek en het bespreekbaar maken van de seksualiteit noodzakelijke onderdelen zijn van het diagnostisch proces bij een grote variëteit aan somatische en psychische klachten. Waarom gebeurt dit dan kennelijk nauwelijks of zo moeizaam?

MAXIMALE NABIJHEID ÉN DISTANTIE

Deze schijnbare distantie tot seksualiteit is er binnen de huisartsgeneeskunde niet altijd geweest. Het domein van de seksuele gezondheid heeft zelfs zijn historische basis in de huisartsgeneeskunde. Het was huisarts Jan Rutgers die in 1892 het eerste contraceptiesprekeuur in Nederland

Abstract

Leusink P. Talking about sex. *Huisarts Wet* 2015;58(11):582-5.

General practitioners do not often talk with their patients about sexuality. In general, GPs perform few genital examinations and have little knowledge about their sexually active patient population, in terms of men who have sex with men, prostitutes, women who have had an abortion, and patients who use contraception. However, it is essential to actively ask about sexuality in order to adopt the appropriate treatment approach for a number of sex-related conditions. The reason why this type of consultation is often difficult in practice is the lack of training among GPs. More attention should be paid to sexual health in general practice medicine, research, and teaching.

startte, wat leidde tot de meer dan zestig Rutgershuizen in heel Nederland. De huisartsen Bernard Premsele en Leo Levie schreven in de oorlogsjaren samen het eerste boek over medische seksuologie en het was huisarts Frank Wibaut die in 1954 in Amsterdam de eerste polikliniek Seksuologie in Nederland startte. In de jaren zeventig en tachtig promoveerden diverse huisartsen op het onderwerp 'anticonceptie' (anticonceptie was tot 1969 alleen op medische indicatie beschikbaar!) en waren diverse huisartsen betrokken bij de oprichting van abortusklinieken. De allereerste expertgroep *avant la lettre* van het NHG was Stichting bevordering Seksuologie in de Huisartspraktijk (later opgegaan in de SeksHAG), in 1993 opgericht door huisarts en seksuoloog Jan Moors.

In de jaren negentig heeft er een kentering plaatsgevonden in deze belangstelling voor seksuologie: in 1987 beschouwde nog ongeveer 60% van de huisartsen hulp bieden bij seksuele moeilijkheden als een taak voor de huisarts, in 2001 was dit gedaald naar ongeveer 40%.¹⁸ Naar de reden is het gissen.

In het Verenigd Koninkrijk is onderzocht waarom huisartsen het moeilijk vinden seksualiteit bespreekbaar te maken. Daaruit kwamen zowel persoonlijke als organisatorische factoren naar voren: tijdgebrek; angst het deksel van een beerput te lichten; zich ongemakkelijk voelen bij patiënten die ouder zijn of behoren tot het andere geslacht of een minderheids-groep (homoseksueel, allochtoon, lichamelijke of verstandelijke beperking); gebrek aan kennis en vaardigheden; angst de patiënt een ongemakkelijk gevoel te geven.¹⁹ Een onderzoek onder Portugese huisartsen liet zien dat gebrek aan tijd en training belangrijke belemmeringen zijn om het onderwerp seksualiteit ter sprake te brengen.²⁰

Seksualiteit is een onderwerp dat elke huisarts persoonlijk kent, in tegenstelling tot bijvoorbeeld diabetes, coloncarcinoom of eczeem, aandoeningen die niet elke huisarts zelf heeft ervaren. Het kan dus zijn dat praten over seks appelleert aan een gevoel ten aanzien waarvan de huisarts nog geen professionele houding heeft weten te ontwikkelen. Soms zitten er waarden en normen in de weg ('Soa? Eigen schuld, dikke bult!' of: 'Wat zou u nog, op uw leeftijd?') die voortkomen uit de eigen sociaal-culturele achtergrond. Het weinige onderzoek dat er is, laat zien dat artsen die sowieso geneigd zijn psychosociale problematiek bij het medische probleem te betrekken of die een liberale attitude hebben ten opzichte van seksualiteit, ook sneller geneigd zijn seks ter sprake te brengen.²¹

Mogelijk heeft de huisarts de neiging om bij gebrek aan kennis en vaardigheden eigen ervaringen als referentiekader te gebruiken ('Dan neemt u toch gewoon een glijmiddel' of: 'Probeer het eens bij een prostituee'), mogelijk heeft hij zich over het onderwerp geen ziektescript eigen gemaakt en voelt hij een handelingsverlegenheid die hij niet aan de patiënt wil tonen. Dit alles kan een reden zijn om het onderwerp 'seks' te mijden en houdt daarmee het probleem in stand. Op dat moment is professionele wendbaarheid belangrijk: herken het persoonlijke appel en schakel over op aangeleerde

kennis en vaardigheden. Maximale nabijheid is alleen mogelijk bij voldoende professionaliteit die tot de nodige afstand kan leiden. De vraag dient zich aan: hoe kan de huisarts dit leren?

SCHOLING EN TRAINING

Sinds het NHG in 2004 een vaste referent heeft ingesteld voor seksuologische aspecten van de NHG-Standaarden, is het onderwerp 'seksualiteit' aan de orde gesteld in 36 van de 90 sindsdien gepubliceerde standaarden. Met de NHG-Standaarden Het soa-consult, Fluor vaginalis, Anticonceptie en Seksuele klachten (opvolger van de in 2008 verschenen NHG-Standaard Erectiele disfunctie) heeft de huisarts voldoende kennis om op terug te vallen, en zo nodig zijn er ook andere urogynaecologische standaarden beschikbaar.

Opvallend is wel dat seksualiteit nergens aan de orde komt in het NHG-Dossier Geestelijke Gezondheidszorg. Immers, psychische en relationele factoren dragen het meest bij aan seksuele problemen, het psychiatrisch handboek DSM heeft plaats ingeruimd voor seksuele disfuncties en stoornissen en het zijn bij uitstek psychologen die zich tot seksuoloog hebben geschoold.

Aangezien training en nascholing de belangrijkste voor-spellers zijn gebleken voor het ter sprake brengen van seksualiteit,¹⁹⁻²¹ is het van belang huisartsen die vaardigheden aan te leren. Studenten bleken zich veel meer op hun gemak te voelen bij het spreken over seksualiteit wanneer het basiscurriculum training in die communicatie omvat.²²

De aandacht voor seksuele gezondheid in de huisartsopleidingen neemt toe, al is die aandacht vooralsnog beperkt en vaak afhankelijk van persoonlijke inzet. De NHG-expertgroep Seksuele gezondheid (SeksHAG) beschikt over huisartsen die scholing kunnen verzorgen, en er is een StiP Cursus Seksuele Problemen en soa-consult. De ervaring leert dat het overwinnen van schroom ('het gewoon doen') en het toepassen van communicatievaardigheden die de huisarts in feite al kent, faciliterend werken.

ONDERZOEK

Juist omdat seksualiteit zo onderhevig is aan waarden en normen is onderzoek noodzakelijk. Er is behoefte aan wetenschappelijke evidentie om tegenwicht te bieden aan heersende mythes en misverstanden, en aan onnodige medicalisering, en om eenvoudige seksuologische interventies door de huisarts wetenschappelijk te onderbouwen. Het meeste onderzoek naar seksualiteit vindt echter plaats in de tweede en derde lijn. In Nederland is slechts één promotieonderzoek gedaan naar seksuologische interventies in de eerste lijn.²³ Met het instellen van de bijzondere leerstoel 'Hiv en Soa in de eerste lijn' aan de Universiteit van Amsterdam is er een begin van wetenschappelijke aandacht voor één aspect van seksuele gezondheid in de eerste lijn. De huisartsgeneeskunde verdient meer aandacht voor dit onderwerp. ■

LITERATUUR

- 1 Dekker JH, Boeke AJP, Gercama AJ, Kardolus GJ, Boukes FS. NHG-Standaard Fluor vaginalis. Huisarts Wet. 2005;48:459-66.
- 2 Koedijk FDH, Van Bergen JEAM, Dukers-Muijters NHTM, Van Leeuwen AP, Hoebe CJPA, Van der Sande MAB. The value of testing multiple anatomic sites for gonorrhoea and chlamydia in sexually transmitted infection centres in the Netherlands, 2006-2010. Int J STD AIDS 2012;23:626-31.
- 3 Leusink PM. Seksuele oriëntatie van mannen vermelden in het dossier van de huisarts? Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A8969.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap. 2014.
- 5 Brand A, Bruinsma A, van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
- 6 Feiten en cijfers seksueel geweld [internet]. Utrecht: Movisie, 2013.
- 7 Leusink P, Wiersma T, Kortenhof NVR. De standaard 'Erectiele disfunctie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Implicaties voor de seksuoloog. Tijdschr Seksuol 2010;34:44-9.
- 8 Kedde H, Donker G, Leusink P, Kruijer H. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. International Journal of Sexual Health 2011;23:269-77.
- 9 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2013;56:450-63.
- 10 Rutgers Nisso Groep. Seksuele gezondheid in Nederland. Delft: Eburon, 2006.
- 11 Smith EM, Ritchie JM, Galask R, Pugh EE, Jia J, Ricks-McGillan J. Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections. Infect Dis Obstet Gynecol 2002;10:193-202.
- 12 Leusink P, Kaptheijns A, Laan E, Van Boven K, Lagro-Janssen A. Comorbidities among women with vulvodynia in family practice. Submitted, 2015.
- 13 Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Niet gekomen voor het uitstrijkje? In gesprek over seks. Huisarts Wet 2014;57:490-3.
- 14 Jansen D, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: Rapportage 2012. Utrecht: Nivel, 2012.
- 15 Zegers M, Heijmans M, Rijken M. Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts. Huisarts Wet 2010;53:415.
- 16 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijzen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. Tijdschrift voor Seksuologie 2012;36:3-11.
- 17 Kedde JH, Donker G. Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen: Gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Huisarts Wet 2006;49:586-90.
- 18 Kolthof E. Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. Huisarts Wet 2004;47:267-9.
- 19 Dyer K, Das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med 2013;10:2658-70.
- 20 Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med 2012;9:2508-15.
- 21 Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyra E, Salpigdis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. J Sex Med 2006;3:583-8.
- 22 Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. J Sex Med 2006;3:37-46.
- 23 De Boer LJ. Erectile dysfunction in primary care: the Enigma-study [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2004.

Nico van Duijn

Seks en migraine

Seks verlicht een migraineaanval bij een kwart van de migraineurs. Bij 10% verdwijnt de aanval helemaal, bij nog eens 30% neemt de migraine af. Dit geldt voor mannen en voor vrouwen, voor masturberen en voor samen seks. Sommigen vertelden dat het moment tijdens de aanval uitmaakte voor het effect. Overigens werd de migraine bij 15% erger van seks.

Voor mensen met clusterhoofdpijn geldt iets dergelijks. Van hen vertelde 30% dat seks hielp en 50% dat de clusterhoofdpijn er erger door werd. De vragenlijst was heel voorzichtig opgesteld. Seks was omschreven als elke gezamenlijke of individuele activiteit die was bedoeld om een orgasme te bereiken of iets wat daarop lijkt. Daarom is niet duidelijk of het wel echt het orgasme is wat het doet. Misschien is een knuffel wel genoeg. Misschien is een fantasie wel genoeg.

Seks kan dus een goedkoop hoofdpijnmedicijn zijn, tenminste als je het gewoon thuis doet. Vanaf nu is de bedopmerking 'Schat, ik heb hoofdpijn' een verwarrende opmerking voor de partner. Wel moet ik nog bedenken welke tekst ik zal gebruiken om een beschaafd advies te geven. Zo'n adviesgesprek lijkt me veel leuker dan ernstige opmerkingen over afvallen, regelmaat en sla eten. Het vak wordt steeds leuker. ■

