



**NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT**

Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid
NHG expertgroep soa, hiv en seksualiteit
Secretariaat Soa Aids Nederland
Keizersgracht 392 • 1016 GB Amsterdam
020 6262669 • sekshag@nhg.org • www.sekshag.nl

Missie, visie en achtergrond

*Visie document seksHAG 3.0
Amsterdam, januari 2019*



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

INHOUDSOPGAVE

- 0. Aanleiding en samenvatting
- 1. Plan van aanpak
 - 1.1 Doel
 - 1.2 Strategie
 - 1.3 Samenwerking
- 2. Organisatie , bestuur en leden
- 3. Achtergrond
 - 3.1 Inleiding en historie
 - 3.2 Definiëring van het begrip (positieve) seksuele gezondheid
 - 3.3 Soa hiv en seksualiteit in Nederland
- 4 De rol van de huisarts
 - 4.1 Knelpunten en mogelijkheden
- 5 Kennis en vaardigheden van de leden van de Expertgroep

AANLEIDING

Als SeksHAG willen we ons duidelijk profileren als de inhoudelijke experts op het gebied van seksuele gezondheid. Seksualiteit raakt iedereen, waaronder jongeren, chronisch zieken, en ouderen. Seksuele gezondheid heeft te maken met preventie van ziekten en dysfuncties, ongewenste zwangerschappen en seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar ook met de promotie van positieve seksuele gezondheid en van seksueel plezier, met open aandacht voor identiteitsvragen. Dit betekent dat seksuele gezondheid op diverse terreinen in diverse levensfasen in de huisartspraktijk zichtbaar zal zijn, zowel preventief als curatief, en zowel in de chronische zorg als in de korte episode zorg. Dit zal van de huisarts inzet vragen om seksualiteit bespreekbaar te maken met als doel adequate diagnostiek en verheldering van de hulpvraag zodat de juiste behandeling of begeleiding kan worden geboden. De SeksHAG wil huisartsen hierin scholen en adviseren.



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

DEFINITIE SEKSUELE GEZONDHEID

Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven, met als doel een positieve beleving van seksualiteit.

Deze nieuwe definitie van seksuele gezondheid is analoog aan de nieuwe definitie van gezondheid. Hiermee ligt de focus minder op een schijnbaar absoluut en objectief gedefinieerde 'staat van seksueel welbevinden' zoals in de huidige WHO definitie wordt beschreven. Er wordt ruimte gecreëerd voor een proces waarin een ieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen maakt binnen de eigen wensen en grenzen.

VISIE SEKSHAG

Een wereld waarin iedereen van een positieve seksuele gezondheid kan genieten, zonder hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen, seksueel geweld en ongewilde zwangerschappen.

MISSIE SEKSHAG

De SeksHAG draagt bij aan het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg van seksuele gezondheid in brede zin. Het is een betrouwbare expertgroep op het gebied van seksuele gezondheid en stimuleert collega's om de seksuele gezondheid van patiënten in de diverse levensfasen onder diverse omstandigheden te verbeteren en adviseert hen daarbij.

De waarden voor positieve seksuele gezondheid - persoonlijke autonomie, weerbaarheid, respect en besef van wederkerigheid – en seksuele vorming staan centraal. Naast aandacht voor bevordering van prettige, vrijwillige en veilige seks, is er ook aandacht voor de preventie en het terugdringen van problemen op het gebied van seksuele gezondheid. De negatieve gezondheids- en welzijnseffecten van de transmissie van soa en hiv, van seksueel geweld en van ongewenste zwangerschap worden zoveel mogelijk beperkt.

Goede integrale hulpverlening rondom seksuele gezondheid wordt primair geborgd in de eerste lijn, is laagdrempelig beschikbaar en toegankelijk. Seks is goed bespreekbaar, problemen worden los van morele oordelen aangepakt en er wordt gefocust op wat werkt.

STRATEGIE SEKSHAG

De SeksHAG bereikt haar doel door nascholingen en onderwijs te geven, bij te dragen aan het ontwikkelen van richtlijnen en werkafspraken, wetenschappelijk onderzoek te doen, standpunten te formuleren en gevraagd en ongevraagd advies te geven. De SeksHAG werkt aan een verbinding tussen preventie en curatie en werkt samen met andere partners op het terrein van seksuele gezondheid. Daarbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de eerste lijn.



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

1. Plan van aanpak

1.1. Doel

De expertgroep wil de kwaliteit van de zorg aan patiënten met vragen over en problemen met hun seksuele gezondheid bevorderen en verbeteren. Het gaat dan zowel om de individuele patiëntenzorg in de huisartspraktijk als om de organisatie van de zorg in de eerste lijn. Hoewel de professional meestal met de negatieve kanten zoals soa en seksuele dysfuncties geconfronteerd wordt, betreft seksualiteit in essentie een positieve en plezierige dimensie van het leven. Het voorkomen van problemen omtrent seksuele gezondheid en een goede seksuologische ontwikkeling nastreven zijn belangrijke uitgangspunten van de seksHAG. De seksHAG wil bestaande kennis en nieuwe ontwikkelingen binnen het aandachtsgebied seksuele gezondheid breed beschikbaar maken voor de dagelijkse huisartsenpraktijk en de implementatie van zinnige en effectieve kwaliteitszorg faciliteren. Dit omvat seksuologische problemen, anticonceptie, soa's inclusief hiv, ongewenste zwangerschap en seksueel misbruik.

1.2 Strategie

De seksHAG wil haar doel bereiken door nascholing en onderwijs te geven, gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen en bij te dragen aan landelijke richtlijnen, protocollen en – ook regionale - werkafspraken. De doelgroepen voor onderwijs en nascholing zijn huisartsen, huisartsen in opleiding, doktersassistenten en praktijkondersteuners. Huisartsorganisaties en huisartsen kunnen de expertgroep advies vragen over vraagstukken over seksuele gezondheid, net als andere organisaties die actief zijn op het aandachtgebied seksuele gezondheid (GGD, RIVM, Rutgers, SoaAids NL, Pharos, NVVS). De expertgroep zal ook ongevraagd advies geven over naar haar mening belangrijke aspecten van seksuele gezondheid. Het formuleren van standpunten in medisch inhoudelijke kwesties op het gebied van seksuele gezondheid voor de beroepsorganisatie rekent de expertgroep nadrukkelijk tot haar taak. Ook wil de seksHAG een gesprekspartner zijn voor en een bijdrage leveren aan bestaande richtlijnen over seksuele gezondheid, en aan richtlijnen op andere gebieden die van invloed zijn op seksualiteit, zoals diabetes en kanker. Landelijke of regionale werkafspraken kunnen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg voor patiënten met problemen met hun seksuele gezondheid. Daarnaast wil de seksHAG wetenschappelijk onderzoek op het gebied van seksualiteit uitvoeren en ondersteunen. Met dit takenpakket beoogt de seksHAG de zorg voor problemen over seksuele gezondheid meer aandacht te geven, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorg te behouden voor de eerste lijn.

1.3 Samenwerking

De seksHAG streeft een goede samenwerking na met andere beroepsorganisaties die zorg leveren aan patiënten met (mogelijke) problemen op het gebied van de seksuele gezondheid. Hulpverlening voor problemen omtrent seksuele gezondheid moet niet versnipperd zijn en voorlichting moet uniform en helder geformuleerd zijn. Samenwerking tussen professionals en



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

kenniscentra zal bijdragen aan een gerichte en uniforme educatie voor risico- en doelgroepen maar ook voor professionals.

Het gaat daarbij zowel om organisaties in de curatieve zorg (kaderhuisartsen, dermatologen, gynaecologen, urologen), de preventieve zorg (GGD) als organisaties die zich begeven op het gebied van de algemene gezondheidszorg (GGD, RIVM, SOAIDS, Rutgers).



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

2. Organisatie: bestuur en leden

De Huisarts Adviesgroep seksuele gezondheid (seksHAG) komt voort uit twee in de jaren negentig ontstane organisaties, namelijk de huisarts-hiv/soa-consulenten en de Stichting ter bevordering van de Seksuologie in de Huisartsenpraktijk. Beide zijn in 2009 gefuseerd.

De leden van de seksHAG hebben aantoonbare affiniteit en ervaring met het onderwerp seksuele gezondheid. De expertise van leden kan liggen binnen het onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en/of hulpverlening. Sommigen zijn verbonden aan een faculteit Huisartsgeneeskunde, sommigen zijn behalve huisarts ook seksuoloog NVVS. Binnen het algemene deskundigheidsprofiel is taakdifferentiatie mogelijk. De seksHAG beoogt met haar taken en activiteiten een landelijke dekking te hebben door een netwerk van deskundigen in de regio's.

De seksHAG is een formele expertgroep van het Nederlands Huisarts Genootschap. Het bestuur van de Stichting Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid (seksHAG) bestuurt en vertegenwoordigt deze expertgroep van huisartsen.

De actuele samenstelling van bestuur en leden is te vinden op de website www.sekshag.nl.

2.1 interne deskundigheidsbevordering en instroom nieuwe leden

De leden van de seksHAG ondersteunen andere huisartsen in het verbeteren van de zorg voor mensen met vragen of problemen van hun seksuele gezondheid. Om dit optimaal te kunnen doen zullen zij in staat moeten zijn hun eigen deskundigheid bij te houden. De leden zullen jaarlijks de tweedaagse intervisie- en studiebijeenkomsten bijwonen. De leden verzorgen nascholingen en geven adviezen (intercollegiale consultatie). De verrichtte activiteiten worden gedocumenteerd in een jaarlijks portfolio.

Alle leden committeren zich aan de NHG voorwaarden en het NHG sponsorbeleid om belangenverstrengeling en beïnvloeding tegen te gaan.

De onderwijscommissie van de seksHAG regelt de toelating van nieuwe leden en houdt toezicht op interne deskundigheidsbevordering. Voor instroom van nieuwe leden is er een verplichte modulaire opzet onder begeleiding van een senior seksHAG-lid.

3. Achtergrondinformatie

3.1 Inleiding en historie

De Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid komt voort uit twee bestaande organisaties namelijk de huisarts-hiv/soa-consulenten en de Stichting ter bevordering van de Seksuologie in de Huisartsenpraktijk. Vanaf het begin van de jaren negentig hebben beide groepen huisartsen zich ingezet voor kwaliteit van zorg op het gebied van soa, hiv/aids, seksualiteit/seksuologie en anticonceptie. Op 16 april 2009 zijn de twee organisaties gefuseerd tot één expertgroep.

De huisarts-hiv/soa consulenten vormen sinds 1994 een groep huisartsen om de huisartsgeneeskundige zorg op het gebied van de seksuele gezondheid te bevorderen. De deelnemende huisartsen hebben allen bijzondere bekwaamheden verworven in patiëntenzorg en onderwijs op dit deelgebied van de huisartsgeneeskunde. Aanvankelijk lag het accent sterk op hiv. Dat werd vervolgens verbreed naar zorg en preventie van soa en recent ook naar het bredere domein seksuologie. De leden hebben gedurende die jaren veel onderwijs en nascholingen aan huisartsen (-in-opleiding) gegeven. Gemiddeld worden jaarlijks hiermee tussen de 500 en 2000 huisartsen (-in-opleiding), doktersassistenten bereikt. Leden van de groep werden betrokken bij de totstandkoming van diverse nascholingsmaterialen, zoals het handboek 'de hiv-wijzer', Deskundigheidsbevorderings-pakketten hiv en soa, modules soa-hiv voor FTO en individuele nascholing, en de NHG standaard 'het Soa-consult'. Gevraagd en ongevraagd werd advies geleverd bij diverse andere NHG-standaarden (PID, Fluor Vaginalis, Het Spiraaltje, Hepatitis). Diverse artikelen zijn gepubliceerd in nationale en internationale tijdschriften. In feite functioneerde de groep als een huisarts-expertgroep '*avant la lettre*'.

De Stichting ter bevordering van de Seksuologie in de Huisartsenpraktijk (een samengaan van twee werkgroepen van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie) heeft zich sinds 1993 sterk gemaakt om het onderwerp seksualiteit onder de aandacht te brengen van huisartsen. Dit deed zij onder andere door het ontwikkelen van een pakket Deskundigheidsbevordering Seksuologie, door het schrijven van een katern Erotiek in de Spreekkamer in de reeks Communicatie en Attitude, door het beschrijven van Eindtermen Seksuologie ten behoeve van het nieuwe Curriculum van de huisartsopleiding, door het refereren op seksuologische aspecten van diverse NHG-Standaarden, door deelname aan het schrijven van enkele NHG-Standaarden (Erectiele Disfunctie, Hormonale Anticonceptie, Het Spiraaltje, Fluor Vaginalis), door het uitreiken van de Seksuologieprijs en door het geven van nascholing en onderwijs.

In deze notitie wordt verder ingegaan op de ontwikkelingen van de zorg voor de seksuele gezondheid – soa, hiv, anticonceptie en seksualiteit – met name vanuit het perspectief van de huisarts. In het vervolg van deze notitie wordt hiv steeds geacht onder de term soa te vallen tenzij dat expliciet is aangegeven. Seksuele gezondheid wordt vervolgens nader gedefinieerd en afgebakend. De rol van de huisarts(-voorziening) wordt aangegeven waarbij ook de door de huisarts gehanteerde ICPC-codering wordt gememoreerd. Vervolgens zullen enkele knelpunten in

Versie januari 2019

de zorg voor de seksuele gezondheid van patiënten door de huisarts benoemd worden. Dit wordt uitgewerkt naar de taak, functie en positie van de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid. In het laatste hoofdstuk zijn de voorwaarden geformuleerd waaraan de leden van de seksHAG in voldoende mate zouden moeten voldoen.

3.2 Definiëring van het begrip (positieve) seksuele gezondheid

Seksuele gezondheidszorg

Seksuele gezondheid is een relatief nieuw begrip. Bekender zijn begrippen als reproductieve gezondheidszorg, anticonceptie, geslachtsziektebestrijding, soa-en hiv-bestrijding en seksuologische hulpverlening. Seksuele gezondheidszorg omvat elk van deze gebieden, maakt daartussen ook onderscheid, maar erkent tegelijkertijd de noodzakelijke verwevenheid en verbondenheid van deze terreinen, aangezien goede diagnostiek, behandeling en counseling binnen deze domeinen niet mogelijk is zonder over seksualiteit te spreken. Daarnaast heeft een probleem op één van deze gebieden vaak ook repercussies op een ander domein.

Seksualiteit als *biopsychosociaal* domein vraagt om een integrale benadering. Seksuele gezondheid is immers een resultante van cognities, emoties, normen, waarden, sekse en cultuur. Onveilig vrijen en keuzes ten aanzien van conceptie of anticonceptie, staan bijvoorbeeld altijd in relatie tot seksueel gedrag welke samenhangt met de persoon, met zijn of haar relaties, met de (sub)culturele achtergrond en met de situationele en maatschappelijke context (denk bv aan middelengebruik, regelgeving en gezondheidsvoorzieningen).

Vaak wordt de werkdefinitie van de World Health Organisation (WHO) aangehouden:
“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.”

In deze definitie van de WHO zijn enkele elementen van belang:

1. Seksuele gezondheid omvat somatische, emotionele, psychische en sociale aspecten van seksualiteit.
2. Seksuele gezondheid is een vorm van welzijn die zich niet alleen kenmerkt door afwezigheid van ziekte of handicap.
3. Seksuele gezondheid veronderstelt plezier, veiligheid en respect.
4. Seksuele gezondheid kan alleen worden verkregen en bestendig als de seksuele rechten worden gerespecteerd.
 - Het recht op seksuele vrijheid en uitsluiting van alle vormen van seksuele dwang, exploitatie en misbruik.
 - Het recht op seksuele autonomie en integriteit van het seksuele lichaam.

- Het recht op seksueel plezier als bron van lichamelijk, psychologisch, intellectueel en spiritueel welzijn.
- Het recht op seksuele kennis zoals gegenereerd door ongebonden doch ethisch verantwoord onderzoek.
- Het recht op omvattende seksuele educatie.
- Het recht op seksuele gezondheidszorg die beschikbaar zou moeten zijn voor de preventie en behandeling van alle seksuele aangelegenheden, problemen en stoornissen.

Deze veel gebruikte werkdefinitie van de WHO suggereert echter een vastomlijnd beeld van wat een staat van fysiek, mentaal, emotioneel en sociaal welbevinden is in relatie tot de seksualiteit. Daarmee doet deze definitie niet voldoende recht aan de dynamiek en diversiteit.

Positieve seksuele gezondheid

In 2009 besloten de Gezondheidsraad en ZonMw om de definitie van gezondheid expliciet aan de orde te stellen. Aangezien zowel beleid als financiering van zorg en onderzoek vastgesteld worden aan de hand van gezondheidsdoelen, was het nodig te weten hoe gezondheid gedefinieerd wordt. Dit leidde in 2011 tot een nieuw voorstel van een definitie van gezondheid: 'Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Deze definitie benadrukt het procesmatige en niet het einddoel van gezond gedrag. Het is dynamisch en doet een appèl op flexibiliteit, veerkracht en eigen verantwoordelijkheid. Zieke mensen met een aandoening of beperking kunnen met deze definitie gezond zijn zolang ze het vermogen hebben zich aan hun situatie aan te passen. Het NHG heeft zich inmiddels gecommitteerd aan deze definitie van gezondheid, ook wel 'positieve gezondheid' genoemd.

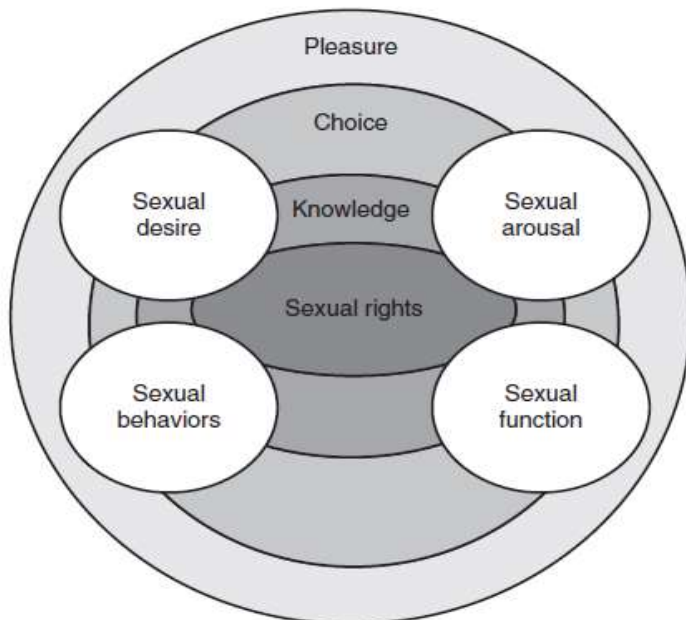
Analoog aan de nieuwe definitie van gezondheid zou een nieuwe definitie van seksuele gezondheid kunnen zijn: 'Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Hiermee komt minder de focus op een schijnbaar absoluut en objectief gedefinieerde 'staat van seksueel welbevinden' zoals in de huidige WHO definitie wordt beschreven. Er wordt ruimte gecreëerd voor een proces waarin een ieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen maakt binnen de eigen wensen en grenzen.

Met seksuele aanpassingen worden bedoeld al die aanpassingen met betrekking tot seksueel gedrag en beleving waarbij een individu (proactief of reactief) reageert op zijn omgeving. Die aanpassingen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het gebruik van middelen (condooms, voorbehoedsmiddelen, vaccinatie, PrEP, lust bevorderende middelen), het aanwenden van sociale vaardigheden, het uiten van gedrag, het ervaren van emoties en het hanteren van cognities. Het hebben van seksueel contact is een continu proces van aanpassen, in elke seksuele interactie worden de wensen en grenzen afgestemd met die van een ander. Dat zal voor een 18-jarige niet-Westerse vrouw anders zijn dan voor een 30-jarige spastische man of voor een 68-jarige seropositieve homoseksueel met PrEP of met een niet-detecteerbare viral load. Hiermee bestaat er geen absoluut en objectief gedefinieerde 'goede gezonde seks', maar is er ruimte voor een grote diversiteit aan seksualiteiten. Dit perspectief op seksuele gezondheid lijkt realistischer en minder normerend. Seksuele gezondheid is dus niet alleen gericht op het behalen van einddoelen (bijvoorbeeld verminderen van soa, hiv, ongewenste zwangerschap), maar ook op het proces van

vergroten van capaciteiten, competenties en tevredenheid over persoonlijke doelen en plezier in seksualiteit.

De seksHAG kiest nadrukkelijk als uitgangspunt en visie voor haar ambities deze nieuwe definitie van positieve seksuele gezondheid.

Plezier en seksuele gezondheid

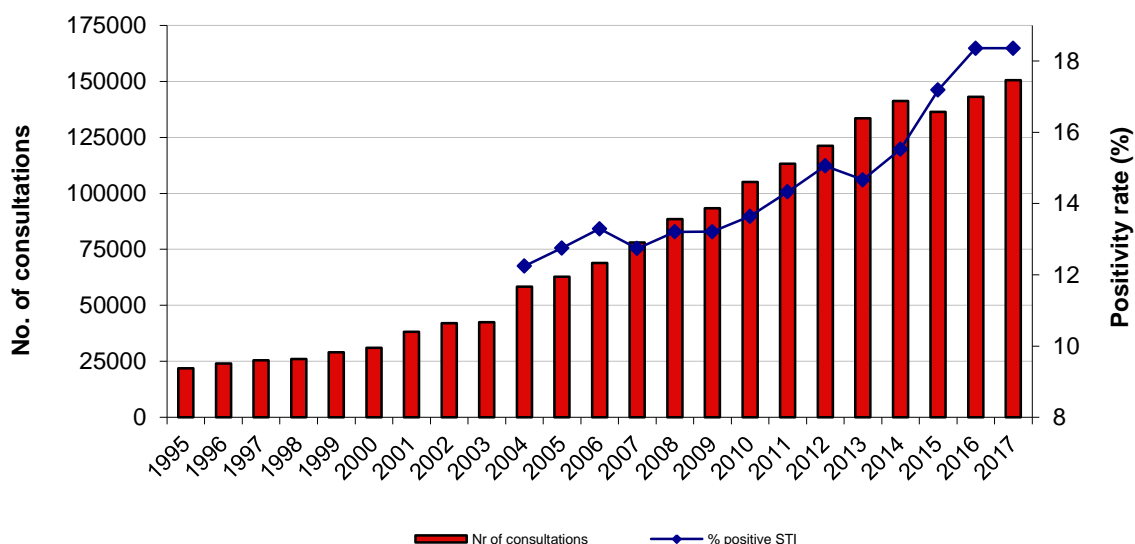


Figuur: Model for integrated operationalization of pleasure in sexual health (Fortesberry 2013)

3.3 Soa, hiv en seksualiteit in Nederland

Soa

Sinds de eeuwwisseling wordt een toename van soa gerapporteerd door de GGD centra seksuele gezondheid (soa-poliklinieken). Er is sprake van een toename van het totaal aantal personen dat zich hier laat testen, een absolute toename van het aantal gevonden soa en een relatieve toename van het percentage positieven testen onder de geteste personen.

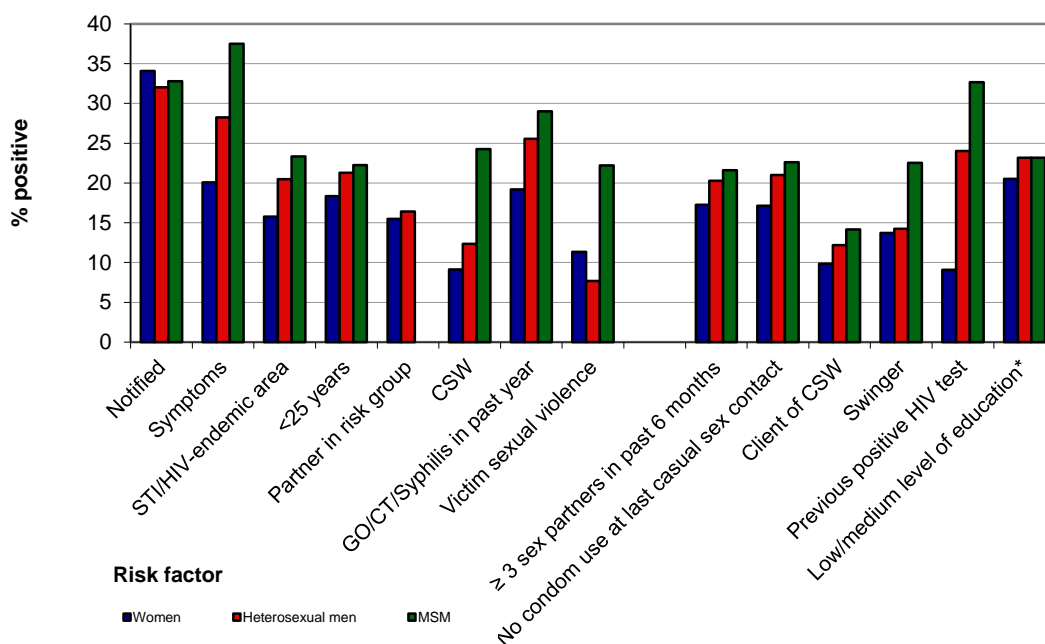


Figuur 1. Aantal soa-consulten en % positief op GGD centra seksuele gezondheid/soa-poliklinieken 1995-2017

Bron: RIVM, 2018

Bij gemiddeld 18% van de bezoekers van een Centrum voor seksuele gezondheid (voorheen soa-poli) wordt een soa gevonden (RIVM 2018).

Redenen voor de toename van soa zijn (1) de afname van de dreiging van aids doordat hiv inmiddels een behandelbare ziekte is geworden, (2) een toename van het aantal personen dat zich laat testen waardoor er meer (asymptomatische) soa worden gevonden en (3) het gebruik van sensitievere testmethoden zoals de polymerasekettingreactie (PCR) bij de diagnostiek van Chlamydia en gonorrhoe. De meest voorkomende bacteriële soa in Nederland is een infectie met *Chlamydia trachomatis*. Gegevens uit bevolkingsonderzoek laten zien dat naar schatting 2% van de algemene populatie 15-29 jarigen geïnfecteerd is, met aanzienlijk hogere percentages in grote steden en onder risicogroepen. In 2017 werden zo'n 55.000 nieuwe infecties met deze soa op CSG (21.005) en huisartspraktijken (35.000) vastgesteld.



Figuur 2. Percentage positieve soa-testen J uitgesplitst naar risicofactor, gender en type seksueel contact 2017. Bron: RIVM, 2018

Hiv

Begin 2018 waren er in Nederland 19.035 personen met een hiv-infectie in zorg. Daarnaast zijn er naar schatting 2300 mensen met hiv niet op de hoogte van hun positieve hiv-status (Bron: SHM jaarrapport 2018).

In 2017 werden ruim 800 nieuwe infecties met hiv vastgesteld, een daling in aantal jaarlijkse hiv-diagnosen die langzaam voortzet. Bijna veertig procent van de mensen met hiv komt echter te laat in zorg waardoor hun levensverwachting verslechtert met ongeveer 10 jaar in vergelijking met mensen die tijdig in zorg komen. Vooral mensen die niet bekend zijn met hun positieve hiv-status dragen bij aan verdere verspreiding van hiv omdat zij niet onder behandeling zijn. Personen met een hiv infectie die goed behandeld worden en een niet meetbare virale lading hebben kunnen immers het virus seksueel niet meer overdragen. In 2017 bestond 69% van de nieuw gediagnosticeerde personen met hiv uit mannen die seks hebben met mannen.

Sinds de beschikbaarheid van de Highly Active Anti Viral Therapy (HAART) in 1996 is het toekomstperspectief van hiv-patiënten sterk toegenomen. Van een dodelijke ziekte is een hiv-infectie veranderd in een chronische aandoening. Dit heeft tot gevolg dat behandelaars en huisartsen in de toekomst meer te maken krijgen met een ouder wordende groep chronische hiv-patiënten. Ook in de groep nieuw gediagnosticeerde hiv infecties is 1/3 boven de vijftig. Deze

groep ouderen met hiv heeft, vergelijkbaar met bijvoorbeeld patiënten met diabetes mellitus, een verhoogd risico op andere meer voorkomende ouderdomsziekten en comorbiditeit. Begeleiding van de chronisch zieke oudere mens is bij uitstek de expertise van de huisarts.

Seksualiteit

De laatste jaren is er meer inzicht in seksueel gedrag in Nederland verkregen, o.a. door de studies “Seks onder je 25^{ste}” en “Seksuele gezondheid in Nederland”. De laatste onderzoeken zijn in 2017 uitgevoerd. Hieronder volgt een beknopte samenvatting van deze onderzoeken.

De meeste Nederlanders zijn gelukkig met hun partner en tevreden met de kwaliteit van hun seksleven. Als ze ontevreden zijn gaat het over hoe vaak ze seks hebben: een kwart van de mannen en een op de vijf vrouwen is hier (erg) ontevreden over. Mannen ervaren meer positieve gevoelens rondom seks dan vrouwen. Zo zegt 92% van de mannen en 75% van de vrouwen erg te genieten van seks. Onder jongeren tot 25 jaar zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen in seksuele beleving kleiner.

Driekwart van de volwassen Nederlanders had in het afgelopen half jaar seks met een partner. Dat is voor 86% van de mannen en 90% van de vrouwen in deze groep een vaste partner.

Nederlanders hebben een gevarieerd en gelijkwaardig seksueel gedragsrepertoire. Seksuele activiteit (zowel solo als met een partner) neemt af met het ouder worden.

Ongeveer 4% van de mannen en vrouwen voelt zich evenveel, vooral of uitsluitend aangetrokken tot seksegenoten. Sexting (het maken en versturen van persoonlijke naaktfoto's of seksfilmpjes) en afspreken en seks via datingapps komen het meest voor onder 18- tot en met 24-jarigen en onder mensen zonder vaste relatie.

Elf procent van de mannen en 15% van de vrouwen heeft tenminste één seksueel probleem, dat vaak of altijd voorkomt en waar men behoorlijk of erg veel last van heeft. Bij mannen komen erectieproblemen (6%) en vroegtijdig klaarkomen (3%) het meest voor. Bij vrouwen gaat het vooral om problemen met subjectief seksueel verlangen (7%), vochtig worden (6%), pijn (5%) en orgasme (4%). Bij mannen komen seksuele problemen vooral voor bij 70-plussers, terwijl seksuele problemen bij vrouwen juist het meest voorkomen onder de 25 jaar. In beide groepen is dit 21%. De kans op een seksueel probleem is ongeveer twee keer zo groot als iemand een chronische ziekte of aandoening heeft en/of hiervoor medicijnen gebruikt.

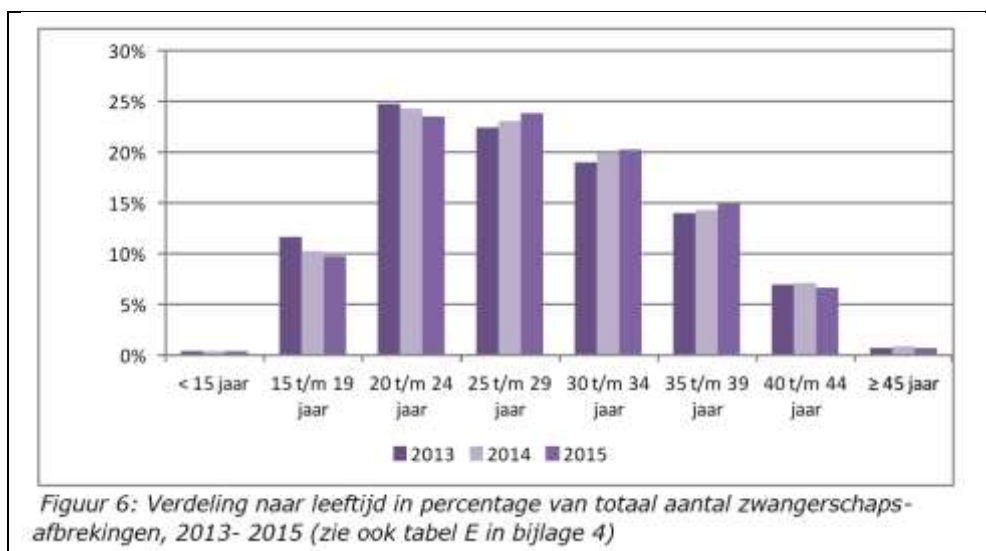
Anticonceptie

Het anticonceptiegebruik is in Nederland hoog. De anticonceptie pil is in Nederland al sinds jaren het meest gebruikte anticonceptiemiddel (30%). Vooral jonge vrouwen maken hier gebruik van: 63% van de seksueel actieve vrouwen van 18 tot en met 24 jaar gebruikt de pil. Onder oudere vrouwen wint het spiraal aan populariteit: 18% van de vrouwen van 40 tot en met 49 jaar gebruikt een spiraal.

Bij condoomgebruik blijkt het grootste probleem te zitten in het consequente gebruik. Ook gaat er regelmatig iets mis met het condoom. Om deze redenen kan het voor de huisarts van belang zijn juist aan het gebruik de nodige aandacht te besteden, ook als de cliënt(e) eigenlijk komt in verband met soa- of seksualiteitsvragen.

Ongewenste zwangerschappen

Ondanks het hoge anticonceptiegebruik loopt nog 8% van de vrouwen van 18 tot en met 49 jaar risico op een ongeplande zwangerschap. Van de vrouwen en de mannen had 2,9% het afgelopen jaar te maken met een ongeplande zwangerschap. Een deel van deze zwangerschappen is ongewenst (bij 1,7% van de vrouwen en 0,4% van de mannen). Opvallend is dat twee van de vijf personen die te maken kregen met een ongeplande zwangerschap, aangeven dat er wel anticonceptie werd gebruikt. Het grootste deel hiervan geeft aan dat de anticonceptie niet altijd werd gebruikt of dat er iets mis ging in het gebruik.



Bron: Inspectie Gezondheidszorg, 2017

De huisarts heeft een taak bij het verhelderen van de hulpvraag, voorlichting te geven over anticonceptie gebruik, de vrouw te wijzen op de mogelijkheden bij een ongewenste zwangerschap, aandacht te schenken aan eventueel bijkomende zaken indien de zwangerschap ontstond in een niet vrijwillig seksueel contact of als er tevens sprake is van kans op een soa. De nazorg bij een abortus is niet altijd vanzelfsprekend bij de abortuskliniek; de huisarts kan in een follow-up aandacht besteden aan anticonceptie, aan angst voor soa, en aan seksualiteit.

Seksueel geweld

Tweeëntwintig procent van de vrouwen en 6% van de mannen heeft manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil meegemaakt en/of is gedwongen om seksuele dingen te doen die ze niet wilden. Als je zoenen en seksueel aanraken tegen de wil meetelt, is dit percentage nog veel hoger, namelijk 53% van de vrouwen en 19% van de mannen. Vijf procent van de vrouwen en 2% van de mannen heeft seksueel geweld meegemaakt voor hun 12e jaar. Bijna de helft van de mannen en meer dan de helft van de vrouwen heeft naar eigen zeggen klachten of problemen als gevolg van de ervaring met seksueel geweld. Het gaat hierbij vooral over psychische, seksuele en relationele problemen.



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

Seks onder je 25^{ste}

Jongeren beginnen later aan seks dan in 2012. Met 18,6 jaar heeft de helft van de jongeren geslachtsgemeenschap gehad, in 2012 was dat nog met 17,1 jaar. Deze trend geldt voor alle vormen van seks.

Er is een lichte daling zichtbaar in het aantal jongeren dat seksuele grensoverschrijding meemaakt. Het meemaken van seksuele grensoverschrijding maakt jongeren kwetsbaar om dit opnieuw mee te maken (revictimisatie). Jongeren die seksuele grensoverschrijding meemaken, praten hier vaak niet over met anderen. Dat geldt vooral voor jongens: 38% van de jongens die seksuele grensoverschrijding meemaken, heeft dit aan niemand verteld. Huisartsen hebben dus op grond van deze cijfers relatief vaak te maken met patiënten die een negatieve seksuele ervaring hebben, maar kennen deze patiënten vaak niet. Ernaar vragen en bespreekbaar maken is het meest essentieel. Dit voorkomt latere gezondheidsproblemen op zowel somatisch als geestelijk vlak.

Het anticonceptiegebruik onder jongeren is hoog. Bij de eerste geslachtsgemeenschap gebruikt 92% van de jongens en 94% van de meisjes een anticonceptiemethode. Dat is iets verbeterd ten opzichte van 2012. Met de laatste partner gebruiken vier op de vijf jongeren altijd anticonceptie. Ook dit is (bij de meisjes) iets verbeterd. Het gebruik van andere anticonceptiemethoden dan de pil is in opkomst. Ruim vier op de tien jongeren voor wie de laatste sekspartner een onenightstand was, geeft aan dat hierbij geen condoom werd gebruikt. De belangrijkste redenen om geen condoom te gebruiken zijn dat er andere anticonceptie wordt gebruikt, dat ze elkaar vertrouwden of dat het minder lekker is.

Van de jongeren met ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale seks, liet 13% van de jongens en 18% van de meisjes zich in de afgelopen 12 maanden testen op soa en/of hiv. Dit is iets afgenomen ten opzichte van 2012. Zestien van de 1000 jongens en 24 van de 1000 meisjes in dit onderzoek kregen ooit in hun leven te maken met een ongeplande zwangerschap. Bij 9 op de 1000 jongens onderging een meisje dat zwanger van hen was een abortus en 11 op de 1000 meisjes ondergingen ooit zelf een abortus. Dit is laag in vergelijking met andere landen.

4. De rol van de huisarts

Huisartsen spelen een belangrijke rol als het gaat om zorg aan patiënten met klachten die verband houden met seksuele gezondheid.

In het kader van de 2^e Nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is in het verleden onderzoek verricht naar soa-gerelateerde problemen. In een patientenenquête bleek dat 5% van de geïnterviewde 18-24- jarigen afgelopen jaar klachten heeft gehad waarvan zij dachten dat deze soa-gerelateerd waren. Tweederde ging hiermee naar de huisarts (Van Bergen, Int J std&aids 2007). Ook is in het elektronisch medisch dossier onderzocht hoe vaak huisartsen met soa-gerelateerde problemen op hun spreekuur te maken kregen. Hieruit kwam hetzelfde beeld naar voren, namelijk dat huisartsen het merendeel van de soa-consulten in Nederland zien. Hoewel er zowel door huisartsen als door soa-poliklinieken/CSG van de GGD sindsdien steeds meer getest wordt, is eigenlijk dit beeld door de jaren heen weinig veranderd. In 2007 vonden 70.000 soa-consulten plaats op soa-poliklinieken, en 150.000 bij huisartsen. In 2017 waren dat 150.000 consulten bij de GGD en naar schatting 280.000 bij de huisarts.

Het onderzoek "Seks onder je 25^e" geeft aan dat 83% van de meisjes voor het gebruik van anticonceptie met de huisarts sprak. Jongeren laten zich voornamelijk op soa-testen bij de huisarts (meisjes 48%, jongens 37%) of de soa-poli. Bij problemen op het gebied van seks zou 30% de huisarts raadplegen.

Uit een onderzoek van Rutgers naar hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen (Picavet, Tijdschr Seksuologie 2012) blijkt dat van degenen die wel een zorgbehoefte hebben, minder dan de helft ook daadwerkelijk zorg heeft ontvangen. De mensen die wel in de hulpverlening terechtkomen, gaan in de meeste gevallen eerst naar de huisarts voor hulp of zoeken op internet naar informatie. Van hen die op internet informatie zochten komt uiteindelijk 62% alsnog bij de huisarts.

Van de vrouwen die ongewenste zwanger zijn en een abortus wensen, bezoekt 56% eerst de huisarts (Inspectie Gezondheidszorg, 2017).

Voor de huisartsgeneeskunde zijn de diagnoses en problemen op het gebied van seksuele gezondheid uitgewerkt in de ICPC. In onderstaande tabel zijn de beschikbare codes volgens de laatste versie van de ICPC aangegeven.

Tabel . Seksuele gezondheid gerelateerde ICPC codes

SOA – Diagnoses	Vrouwen		Mannen	
Bacteriële vaginose	X84	X84.02 Bacteriële vaginose		
Candida	X72	X72 Candidiasis urogenitale	Y75	Y75.01 Candida balanitis
Chlamydia	F70	F70 Infectieuze conjunctivitis (door Chlamydia)	F70	F70 Infectieuze conjunctivitis (door Chlamydia)
	X74	X74.01 PID door Chlamydia	Y99	Y99.03 Chlamydia
	X84	X84.01 Vaginitis door Chlamydia		
	X85	X85.01 Cervicitis door Chlamydia		
	X99	X99 Andere ziekte gesl.organen/borsten vrouw		
Condylomata acuminata	X91		Y76	

Gonorrhoe	X71		Y71	
Hepatitis B	D72	D72.02 Acute Hepatitis B D72.04 Drager/Chronische Hepatitis B	D72	D72.02 Acute Hepatitis B D72.04 Drager/Chronische Hepatitis B
Herpes genitalis	X90		Y72	
HIV/AIDS	B90	B90.01 Seropositief zonder symptomen B90.02 AIDS/ARC	B90	B90.01 Seropositief zonder symptomen B90.02 AIDS/ARC
Lues	X70		Y70	
Lymfogranuloma venereum	X99	X99.06 Lymfogranuloma venereum	Y99	Y99 Andere ziekte gesl.organen/borsten man
Scabies	S72	S72.01 Scabies	S72	S72.01 Scabies
Schaamluis	S73	S73.02 Pediculosis pubis	S73	S73.02 Pediculosis pubis
Trichomonas	X73	X73 Trichomonas urogenitale	Y99	X99 Andere ziekte gesl.organen/borsten man
SOA – Syndromen		Vrouwen		Mannen
Balanitis			Y75	Y75.01 Candida balanitis
Bartholinitis	X99	X99.01 Bartholinitis		
Cervicitis	X85	X85.01 Cervicitis door Chlamydia		
Orchitis/epididymitis			Y74	Y74.01 Orchitis Y74.02 Epididymitis
PID	X74	X74.01 PID door Chlamydia		
Proctitis	D73	D73 Veronderstelde gastro-intestinale infectie	D73	D73 Veronderstelde gastro-intestinale infectie
Prostatitis/vesiculitis			Y73	
Urethritis (niet-specifiek)	U72		U72	
Vaginitis/vulvitis nao	X84	X84.01 Vaginitis door Chlamydia		
SOA – Klachten		Vrouwen		Mannen
Afscheiding (penis)			Y03	
Afscheiding (vaginaal)	X14			
Bloedverlies (irregulair)	X08	X08 Intermenstrueel bloedverlies		
Bloedverlies (postcoïtaal)	X13			
Frequente mictie/aandrang	U02		U02	
Pijn anus/rectum	D04	Evt. a.g.v. proctitis door GO of CT of bij Herpes	D04	Evt. a.g.v. proctitis door GO of CT of bij Herpes
Pijn geslachtsorganen vrouw	X01			
Pijn bij plassen	U01		U01	
Pijn in penis			Y01	
Pijn in testis/scrotum			Y02	
Symptomen/klachten vulva	X16			
Symptomen/klachten kleine bekken	X17			
Andere symptomen/klachten vagina	X15			
Symptomen/klachten scrotum/testis			Y05	
Andere symptomen/ klachten penis			Y04	
SOA – Angsten		Vrouwen		Mannen
Angst voor HIV/AIDS	B25		B25	
Angst voor SOA	X23		Y25	
Angst andere ziekte geslachtsorganen	X27		Y27	
SOA – Complicaties		Vrouwen		Mannen
Chronische buikpijn	D01			
Conjunctivitis	F70	F70.01 Bacteriële conjunctivitis F70.02 Virale conjunctivitis	F70	F70.01 Bacteriële conjunctivitis F70.02 Virale conjunctivitis
EUG	W80			
Neurosyphilis	N99	N99 Andere ziekte zenuwstelsel	N99	N99 Andere ziekte zenuwstelsel

Pneumonie	R81		R81	
Reactieve artritis	L88	<i>L88 Rheumatoïde artritis/verwante aandoening</i>	L88	<i>L88 Rheumatoïde artritis/verwante aandoening</i>
	L99	<i>L99 Andere ziekte bewegingsapparaat</i>	L99	<i>L99 Andere ziekte bewegingsapparaat</i>
Sub-/infertiliteit	W15		Y10	
Syndroom van Fitz Hugh Curtis (perihepatitis agv CT)	X74	<i>X74.01 PID door CT (evt. beginnend als D06)</i>		
Seksuologie		Vrouwen		Mannen
Anorgasmie	P08	<i>P08 Seksuele bevrediging verlies/vermindering</i>	P08	<i>P08 Seksuele bevrediging verlies/vermindering</i>
Dyspareunie	X04	<i>X04 Pijnlijke coïtus</i>		
Ejaculatio praecox			P08	<i>P08.03 Ejaculatio praecox</i>
Erectiele disfunctie			P08	<i>P08.01 Impotentie</i>
			Y07	<i>Y07 Symptomen/klachten potentie</i>
Provoked vulvodinia	X04 X16	<i>X04 Pijnlijke coïtus X16 Symptomen/klachten vulva</i>		
Genderproblemen, transseksualiteit, pedofilie, exhibitionisme, homoseksualiteit	P09	<i>P09 Bezorgdheid seksuele voorkeur</i>	P09	<i>P09 Bezorgdheid seksuele voorkeur</i>
Libidoverlies/-vermindering	P07		P07	
Seksueel disfunctioneren (angst voor)	X24		Y24	
Seksverslaving	X29	<i>X29 Andere symptomen /klachten gesl.organen</i>	Y08	<i>Y08 Ander seksueel probleem</i>
Vaginisme	P08	<i>P08.02 Vaginisme</i>		
Verschil in zin in sex tussen partners	Z12	<i>Z12 Relatieprobleem met partner</i>	Z12	<i>Z12 Relatieprobleem met partner</i>
Problemen met seksueel gedrag van partner	Z13	<i>Z13 Problemen met gedrag partner</i>	Z13	<i>Z13 Problemen met gedrag partner</i>
Seksueel geweld		Vrouwen		Mannen
Aanranding/verkrachting	Z25	<i>Z25.01 Probleem ten gevolge van aanranding/verkrachting</i>	Z25	<i>Z25.01 Probleem ten gevolge van aanranding/verkrachting</i>
Seksueel misbruik door partner	Z12	<i>Z12.02 Seksueel misbruik door partner</i>		<i>Z12.02 Seksueel misbruik door partner</i>
Seksueel misbruik van kind	Z16	<i>Z16.01 Seksueel misbruik van kind</i>	Z16	<i>Z16.01 Seksueel misbruik van kind</i>
Ongewenste zwangerschap		Vrouwen		Mannen
Ongewenste zwangerschap: bevestigd	W79			
Abortus provocatus	W83			

Binnen het huisartsgeneeskundige kennisdomein is seksuele gezondheid uitgewerkt in - op dit moment – drie standaarden. In 2013 verscheen de NHG-standaard ‘het Soa-consult’. Daarmee werden alle soa in één richtlijn voor de huisarts behandeld en werd voor de huisarts een geïntegreerde aanpak aangegeven. In 2005 kwam de standaard ‘Pelvic Inflammatory Disease’ uit en in 2015 verscheen de standaard Seksuele klachten.

In verschillende andere standaarden wordt aandacht besteed aan soa en seksualiteit, zoals bijvoorbeeld in de NHG standaarden over vaginale fluor, hepatitis, anticonceptie en diabetes. Daarnaast verscheen in 2016 de ‘Leidraad Huisarts en onbedoelde zwangerschap’ en ‘Landelijke Samenwerkingsafspraken Ongewenste zwangerschap’. In nauwe samenwerking met het NHG werd het ‘Standpunt medicamenteuze overtijdbehandeling’ uitgebracht. Ook werd in 2016 door de seksHAG medewerking verleend aan de totstandkoming van de multidisciplinaire richtlijn PrEP.



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

Gezien het aantal consultaties, de ontwikkelde coderingen en de NHG-standaarden is seksuele gezondheid een belangrijk subdomein binnen de huisartsgeneeskunde geworden. Op de websites van NHG en HenW is een apart dossier Seksuele gezondheid tot stand gekomen. Ook de seksHAG heeft een eigen website (www.seksHAG.nl)

4.1 KNELPUNTEN EN MOGELIJKHEDEN

Een aantal knelpunten wordt gesignaleerd als het gaat om de zorg voor seksuele gezondheid van patiënten in de huisartspraktijk. De snel veranderende inzichten in de diagnostiek en therapie maken het voor de huisarts vaak moeilijk op de hoogte te blijven (kennis). Daar komt bij dat de gemiddelde huisarts, zeker in niet-stedelijke gebieden, een beperkt aantal patiënten met soa of seksuele disfuncties ziet (ervaring). Daarnaast betekent praten over soa, anticonceptie en seksuele disfuncties, praten over seksualiteit. En praten over seksualiteit blijkt voor patiënten evenzeer als voor artsen niet altijd even gemakkelijk. Kennis, vaardigheden en attitude van de hulpverlener evenals de normen, waarden en verwachtingen van patiënten en huisartsen bepalen vaak of het thema seksualiteit ook in de 'spreek'-kamer bespreekbaar is. Sekse-, leeftijd-, en cultuurverschillen maken de communicatie tussen patiënten en huisartsen er niet makkelijker op (vaardigheden, attitude).

Internationaal erkende kwaliteitsindicatoren hebben niet alleen betrekking op de curatieve richtlijnen ('diagnostiek en behandeling'), maar ook op preventie, het voorkomen van verspreiding, waaronder het bespreken van contactwaarschuwing / partnerbehandeling, het geven van vrij veilig adviezen en het actief testen op basis van risico-inschatting (beleid/taakopvatting). Weinig inzicht bestaat er thans in de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige preventie en zorg.

Op sommige deelterreinen kunnen huisartsen, indien daartoe bevoegd en bekwaam, specifieke taken verrichten (taakdifferentiatie). Bijvoorbeeld:

PrEP is inmiddels een geaccepteerde preventiemethode die geheel volgens protocol ook goed in de huisartspraktijk gegeven kan worden. Het informeren van mensen die profijt van PrEP kunnen hebben, past bij de standaard zorg van de huisarts.

Patiënten met een hiv-infectie zijn erg ongelijk verdeeld in Nederland. Nu hiv meer een chronische aandoening is geworden zal dat opnieuw vragen om een heroriëntatie van de rol van de huisarts.

Tenslotte kunnen huisartsen zich ook meer toeleggen op seksuologische hulpverlening in de 1^e lijn. Vooralsnog is echter geen certificering/autorisatie geregeld.

Als laatste kan de praktijkvoering een knelpunt zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor werkafspraken over taken van ondersteunende medewerkers (doktersassistente, praktijkverpleegkundige, voorlichter eigen taal en cultuur, sociaalverpleegkundige GGD)ten aanzien van soa en seksualiteit en voor het in voldoende mate ter beschikking staan van diagnostisch- en voorlichtingsmateriaal. Zo kan de aanwezigheid van folders en affiches en items op de wachtkamer TV duidelijk maken dat het thema seksualiteit in de praktijk bespreekbaar is.

Door de leden van de expertgroep zijn volgende *knelpunten* in de huisartspraktijk gesignaleerd,



NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

1. Snel verouderende kennis door nieuwe inzichten in diagnostiek en therapie en beperkte ervaring door een wisselend voorkomen van soa (kennis en ervaring).
2. De juiste attitude en vaardigheid ontbreken nogal eens om op niet-normerende en open wijze het thema seksualiteit ter sprake te brengen en gericht een seksuele (risico)anamnese af te nemen en daaraan door bijvoorbeeld het motiverende gesprek gedragsveranderingen ter preventie te stimuleren.
3. Een niet voldoende actieve en positieve opstelling ten aanzien van het geven van preventieve adviezen bij problemen op het gebied van seksuele gezondheid zoals het actief – doelgroep specifiek - testen op soa onder doel- en risicogroepen, counselen bij anticonceptie (beleid, taakopvatting en voorlichting) en het indiceren van en behandelen met PrEP.
4. Beperkte aandacht voor het waarschuwen van contacten en partnerbehandeling bij soa en het betrekken van de beleving van seksualiteit hierbij.
5. Beperkt inzicht in de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op het gebied van seksuele gezondheid (weinig onderzoek),mede door het ontbreken van structureel onderwijs en onderzoek hierover binnen de faculteiten huisartsgeneeskunde.
6. Geen regelingen omtrent de certificatie/ aantekening van huisartsen met specifieke deskundigheid op het gebied van seksuele gezondheid.
7. Het leren integreren van de diverse domeinen binnen de seksuele gezondheid in de huisartspraktijk zoals het bespreken van ongewenst seksueel gedrag binnen relaties of anticonceptie en ongewenst zwangerschap.

5. Kennis en vaardigheden van de leden van de expertgroep

Om het profiel van de kwaliteit van de expertgroep te verduidelijken heeft de groep voorwaarden geformuleerd waaraan de groep als geheel moet voldoen. Tussen de leden bestaat enige differentiatie.

(Met de huisarts wordt bedoeld de huisarts-expert Seksuele Gezondheid, lid van de adviesgroep seksuele gezondheid).



De competenties in het Competentieprofiel van de huisarts zijn ingedeeld volgens de competentiegebieden van het CanMeds[®] model. Centraal hierin staat het competentiegebied Medisch Handelen. De andere 6 competentiegebieden zijn hieraan ondersteunend. Om het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg te kunnen uitvoeren is de beheersing van de Medisch Handelen competenties in samenhang met de andere competenties vereist.

a. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

Kennis

1. De huisarts kent de epidemiologie van de verschillende soa en op juiste waarde schatten ten aanzien van risico-inventarisatie.
2. De huisarts kent risicofactoren voor soa herkennen, opsporen en benoemen.
3. De huisarts kan oorzaken van soa herkennen en benoemen.
4. De huisarts kan soa-klachten voor mannen en vrouwen benoemen en behandelen volgens geldende standaarden en richtlijnen.
5. De huisarts kan overige ontstekingen en/of afwijkingen aan de geslachtsorganen voor mannen en voor vrouwen herkennen, benoemen en onderscheiden van soa.
6. De huisarts kent de mogelijkheden voor preventie van soa inclusief een proactief testbeleid en de indicatie en behandelen met PrEP.
7. De huisarts weet het vigerende beleid is ten aanzien van voorlichting, counseling, partnerwaarschuwing en therapie van soa.

Vaardigheden

1. De huisarts kan de symptomatologie van soa (klassiek, atypisch, zonder symptomen) vertalen naar de praktijksituatie waaronder het uitvoeren van de juiste diagnostiek.
2. De huisarts kan de gevolgen van symptomatische en asymptomatische soa voor een man en voor een vrouw vertalen naar de praktijksituatie. Dat omvat ook actiever testen op soa.

3. De huisarts kan patiënten met vragen over soa, angst voor soa of klachten passend bij soa continue en persoonlijke zorg leveren en daarbij zo nodig rekening houden met de gevolgen voor de jonge patiënt(e) in het kader van de wet- en regelgeving. Daarbij kan hij patiënten met een omschreven risicoprofiel proactief wijzen op test- en vaccinatieadviezen.
4. De huisarts kan de acute zorg voor patiënten met soa (Post Exposure Profylaxe) of gevolgen van soa (Pelvic Inflammatory Disease of emergency contraception) uitvoeren of organiseren.
5. De huisarts kan aspecten van seksuele gezondheid bespreken (zie vervolg bij seksuologie) van patiënt(e) inclusief anticonceptie en de gevolgen van seksueel geweld.
6. De huisarts is in staat een gesprek te voeren met een patiënt(e) over soa en seksuele gezondheid om de diagnose te stellen; dat omvat ook het indiceren van en begeleiden met PrEP
7. De huisarts is in staat een gesprek te voeren volgens de principes van motiverende gespreksvoering om risicovol seksueel gedrag in kaart te brengen en te helpen veranderen.
8. De huisarts is in staat op juiste wijze de indicatie te stellen voor en het uitvoeren van het lichamelijk onderzoek bij problemen op het gebied van soa en seksuele gezondheid.
9. De huisarts is in staat op adequate wijze de indicatie te stellen voor microbiologisch, virologisch en immunologisch onderzoek en in staat het daarvoor benodigde materiaal af te nemen rekeninghoudend met specifieke risicogroepen
10. De huisarts is in staat in een gesprek de patiënt(e) op juiste wijze voor te lichten over het ontstaan, de overdracht, de presentatie, de behandeling en de gevolgen van soa.

Attitude

1. De huisarts heeft een niet normerende of veroordelende houding ten aanzien van patiënten met soa, hiv, PrEP of seksuele problemen.
2. De huisarts is zich bewust van het belang van vertrouwen, beroepsgeheim en gezamenlijke besluitvorming bij vragen of klachten over seksuele gezondheid.
3. De huisarts is zich bewust van eigen normen, waarden, veronderstellingen of godsdienstige opvattingen over anticonceptie en seksualiteit en is in staat deze buiten beschouwing te laten in de zorg voor de seksuele gezondheid van de patiënt.

b. Seksuologie

Kennis

1. De huisarts kan seksuele problemen herkennen en binnen hun context plaatsen (bijv. in een somatische, relationele, sociale en culturele achtergrond).
2. De huisarts kent de epidemiologie van de verschillende seksuele disfuncties.
3. De huisarts kan signalen herkennen van seksueel misbruik en seksueel geweld.
4. De huisarts kan signalen herkennen van seksuele disfuncties.
5. De huisarts kan problemen van parafilieën, genderidentiteit en seksuele oriëntatie benoemen en kent verwijzadressen.

6. De huisarts heeft kennis van de verschillende vormen van anticonceptie, de protectiegraad en voor- en nadelen.
7. De huisarts heeft kennis van de verschillende behandel- en verwijsmogelijkheden van seksuele problemen.

Vaardigheden

1. De huisarts kan symptomatologie van seksuele problemen met name seksuele disfuncties herkennen en bespreekbaar maken.
2. De huisarts kan relevante anamnestiche vragen stellen (o. a. seksuologische mini-anamnese) op een voor de patiënt(e) veilige en begrijpelijke wijze, met aandacht voor de reactie van de patiënt(e) tegen de achtergrond van sekse, etniciteit, leeftijd en seksuele oriëntatie.
3. De huisarts kan relevant lichamelijk seksuologisch onderzoek uitvoeren en indien gewenst aanvullend onderzoek doen of laten doen.
3. De huisarts kan eenvoudige seksuele behandelingen uitvoeren bij niet complexe seksuele disfuncties door voorlichting, begeleidende gesprekken, zo nodig aangevuld met medicatie.
4. De huisarts kan eenvoudige praktische seksuologische huiswerkopdrachten geven (bijvoorbeeld streefoefeningen).
5. De huisarts kan aspecten van seksuele gezondheid van patiënt(e) bespreken en met elkaar in verband brengen, zoals anticonceptie, ongewenste zwangerschap, soa, gevolgen van seksueel geweld en seksuele disfuncties.

Attitude

1. De huisarts heeft een niet normerende of veroordelende houding ten aanzien van patiënten met ongewenste zwangerschap, soa of seksuele problemen.
2. De huisarts is zich bewust van het belang van vertrouwen, beroepsgeheim en gezamenlijke besluitvorming bij vragen of klachten over seksuele gezondheid.
3. De huisarts is zich bewust van eigen normen, waarden, veronderstellingen of godsdienstige opvattingen over soa, anticonceptie en seksualiteit en is in staat deze buiten beschouwing te laten in de zorg voor de seksuele gezondheid van de patiënt.

c. Onderwijskunde

1. De huisarts is in staat onderwijs te geven in diagnostiek en beleid met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen.
2. De huisarts is in staat onderwijs te geven in de hoofdthema's van seksuele gezondheid (anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, seksuele problemen).
3. De huisarts is in staat onderwijs te geven in de belangrijkste gespreksvaardigheden met betrekking tot seksuele gezondheid (seksuele anamnese, motiverende gesprekstechnieken, counseling).

4. De huisarts is in staat een onderwijsprogramma te ontwikkelen of andere daarin te adviseren met aandacht voor het niveau van de doelgroep, het formuleren van leerdoelen, de keuze van de werkvorm en een evaluatie.

d. Kwaliteit van zorg

1. De huisarts is in staat op systematische wijze aspecten te herkennen op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid waar potentieel verbetering nodig en mogelijk is.
2. De huisarts is in staat de gewenste kwaliteit van de zorg voor patiënten met een seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele problemen te benoemen op basis van binnen de beroepsgroep geldende richtlijnen en werkafspraken.
3. De huisarts is in staat de bestaande zorg op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid te beoordelen aan de hand van binnen de beroepsgroep geldende indicatoren en criteria.
4. De huisarts is in staat daar waar nodig indicatoren en criteria te ontwikkelen voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid.
5. De huisarts is in staat verbeteringen van de kwaliteit in de zorg van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid te initiëren en uit te voeren.
6. De huisarts is in staat de bereikte verandering in de zorg van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid te evalueren.
7. De huisarts is in staat collega-huisartsen te adviseren en te begeleiden bij de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid.

e. Organisatie, samenwerking en beleid.

1. De huisarts is op de hoogte van de sociale kaart in de eerste en tweede lijn op het gebied van de zorg voor patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening of problemen met hun seksuele gezondheid.
2. De huisarts is in staat werkafspraken te maken en te implementeren met andere hulpverleners op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid.
3. De huisarts is in staat tot het stimuleren en opzetten van samenwerkingsprojecten in de eerste en tweede lijn in de zorg voor seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid.
4. De huisarts is in staat een eigen standpunt te formuleren en te verwoorden in medische inhoudelijke kwesties op het gebied van de seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele gezondheid.