

# Vragen naar de onbekende weg

## DE SEKSUELE ANAMNESE IN DE MEDISCHE PRAKTIJK

Peter Leusink, Thea H.A.M. van der Waart, Christine M. Segeren en Tiny Jaarsma

 **GERELATEERD ARTIKEL** Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:A9707

### DAMES EN HEREN,

Recent verscheen de gereviseerde NHG-standaard 'Seksuele klachten' die diagnostiek en beleid bij diverse seksuele stoornissen bij mannen en vrouwen beschrijft.<sup>1</sup> Patiënten met seksuele klachten kunnen een forse lijdensdruk ervaren en problemen hebben met het aangaan en behouden van intieme relaties. We beschrijven in deze klinische les hoe doorvragen naar seksualiteit tot de juiste behandeling en patiënttevredenheid kan leiden en hoe artsen dit op een eenvoudige wijze kunnen doen zonder snel al te zeer in te dringen in de persoonlijke levenssfeer.

**Patiënt A**, een 44-jarige gehuwde vrouw met 2 kinderen, is 3 jaar geleden behandeld voor een mammacarcinoom met een mastectomie en heeft nu adjuvante hormonale therapie in de vorm van tamoxifen. Tijdens een oncologische controle, die op somatisch terrein geen aanleiding geeft tot zorg, geeft patiënte klachten aan van moeheid, sombere stemming en slaapproblemen. De oncoloog vermoedt een depressie en verwijst patiënte terug naar de huisarts om te bezien of behandeling noodzakelijk is.

De huisarts constateert inderdaad een lichte stemmingsstoornis waarbij patiënte aangeeft dat haar matte stemming ook invloed heeft op de relatie met haar man. De huisarts vindt geen indicatie voor behandeling met een antidepressivum en twijfelt of het probleem mogelijk ook in stand wordt gehouden door gemis aan ondersteuning door haar partner. Zij verwijst patiënte door naar de praktijkondersteuner voor de ggz in de huisartspraktijk (POH-GGZ), die na 2 gesprekken constateert dat er geen sprake is van een depressie in engere zin, maar van relationele problemen verweven met aanpassings- en verwerkingsproblemen bij patiënte. De POH-GGZ stelt verwijzing voor naar een psycholoog, maar omdat de vereiste DSM-diagnose ontbreekt wordt behandeling door de psycholoog niet vergoed, waarna patiënte besluit vooralsnog de situatie aan te zien.

Bij een controle een jaar later vraagt de oncologisch verpleegkundige naar de stemmingsproblemen van patiënte en vraagt zij of er mogelijk ook seksuele problemen spelen waarvan ze last heeft. Patiënte lucht haar hart; er is sprake van verminderd seksueel verlangen en dyspareunie waarbij de hormonale therapie mogelijk een rol speelt. De verpleegkundige vertelt dat het gebruik van tamoxi-

---

Nederlands Huisartsen Genootschap, werkgroep Seksuele klachten, Utrecht.

Drs. P. Leusink en drs. T.H.A.M. van der Waart, huisartsen en seksuologen NVVS.

Erasmus MC, afd. Hematologie, Rotterdam.

Dr. C.M. Segeren, internist-hematoloog/oncoloog, seksuoloog NVVS in opleiding.

Universiteit van Linköping, afd. Social and Welfare Studies, Linköping, Zweden.

Prof.dr. T. Jaarsma, hoogleraar verpleegwetenschap.

Contactpersoon: drs. P. Leusink (leusinkp@knmg.nl).

fen een negatieve invloed kan hebben op seksualiteit, maar dat deze invloed reversibel is.

Patiënte wordt verwezen naar de seksuoloog in het ziekenhuis. Het blijkt dat patiënte zich schuldig voelt tegenover haar man en daarom coïtus toestaat zonder dat het haar pleziert. Haar man blijkt het lastig te vinden haar emotioneel te ondersteunen en meent door seksueel contact zijn betrokkenheid en warmte te tonen. Om elkaar niet te hoeven kwetsen spraken ze er geen van beiden over. In 5 gesprekken met de seksuoloog leren de partners open te communiceren en hun wensen en grenzen ten aanzien van seksualiteit uit te spreken. Uiteindelijk voelt patiënte zich niet meer schuldig en klaart haar stemming op.

**Patiënt B**, een 54-jarige samenwonende man, maakte 2 jaar geleden een fors myocardinfarct door dat heeft geleid tot hartfalen. Dit uit zich in de vorm van dyspneu tijdens ongebruikelijke lichamelijke inspanning (NYHA-klasse II). Hij gebruikt acetylsalicylzuur, simvastatine, enalapril, hydrochloorthiazide en metoprolol. Hij heeft zijn werk als hovenier moeten staken en hij is gestopt met zijn sportactiviteiten (hardlopen en fitness). Zijn BMI is sinds 2 jaar toegenomen tot 31 kg/m<sup>2</sup> en zijn alcoholgebruik is toegenomen tot ongeveer 4 eenheden per dag.

Patiënt bezoekt zijn huisarts 2 jaar na het myocardinfarct met de vraag om een erectieversterkend middel. Hij vertelt dat seks met zijn partner sinds 2 jaar fors is verslechterd; hij krijgt geen goede erecties meer en heeft minder vaak zin om op de wensen van zijn partner in te gaan. De huisarts vermoedt een voornamelijk somatisch bepaalde erectiele disfunctie en schrijft sildenafil 50 mg voor, een half uur in te nemen vóór de te verwachten seksuele activiteit. Patiënt gebruikt dit middel 4 maal, maar het resultaat valt tegen, waarop de dosis wordt verhoogd naar 100 mg. Ook dit heeft niet het beoogde effect, waarna hij besluit de situatie te accepteren.

Anderhalf jaar later vertelt patiënt over zijn erectiestoornis tijdens een controle bij de cardioloog, die naar aanleiding van zijn medicatiegebruik had geïnformeerd naar zijn seksueel functioneren. Het blijkt dat patiënt redelijke erecties heeft als hij masturbeert tijdens het kijken naar porno. De cardioloog legt uit dat er kennelijk nog enige erectiele restfunctie is en dat het verbeteren van zijn levensstijl patiënt kan helpen voorkómen dat zijn erectievermogen verder achteruitgaat. Deze wordt gemotiveerd meer te gaan bewegen, af te vallen en het alcoholgebruik te verminderen. Tevens wordt besloten de hydrochloorthiazide te vervangen door furosemide.

Een jaar later vraagt de verpleegkundige van de hartfalenpoli naar het seksueel functioneren en patiënt vertelt dat hij weer naar tevredenheid seks heeft met zijn partner. Zijn BMI is gereduceerd tot 24 kg/m<sup>2</sup> en hij loopt elke dag 3 keer een half uur met zijn hond. Het alcoholgebruik

is niet veranderd. De medicatiewijziging heeft niet geleid tot toename van zijn dyspneu. Zijn goede erecties zijn ook te danken aan het gebruik van tadalafil 20 mg zo nodig, dat hij aanvankelijk via internet had besteld maar nu via de huisarts voorgeschreven krijgt. Door de langere werkzaamheid van tadalafil heeft hij minder last van de koppeling tussen het moment van inname en het moment van de seksuele activiteit.

## BESCHOUWING

Dat seksualiteit een belangrijk aandeel heeft in de kwaliteit van leven is algemeen bekend, maar wordt nogal eens minder vanzelfsprekend gevonden voor chronisch zieken, patiënten met kanker en ouderen.<sup>2-4</sup> Huisartsen en medisch specialisten die frequent met deze populatie te maken hebben kunnen dan ook geconfronteerd worden met vragen over of problemen met het seksueel functioneren of beleven.

In Nederland had in 2012 19% van de mannen en 27% van de vrouwen in de leeftijdsgroep 15-70 jaar 1 of meer seksuele disfuncties.<sup>5</sup> Dat deze prevalenties niet zichtbaar zijn in de huisartspraktijk heeft te maken met enerzijds een lage zorgbehoefte bij patiënten met seksuele problemen – waarbij patiënten oneigenlijke argumenten kunnen hebben om af te zien van seksuologische hulp – en anderzijds met onderrapportage in de huisartspraktijk.<sup>6,7</sup>

## GESPREK INITIËREN

Arts en patiënt verwachten en hopen vaak dat de ander het gesprek over seksualiteit zal beginnen. Dat kan een beperking zijn van een netwerk van vele hulpverleners rond een patiënt. De NHG-standaard 'Seksuele klachten' beveelt dan ook aan op enig moment proactief seksualiteit te bespreken bij patiënten met urogynaecologische klachten, een depressie, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis, chronische lichamelijke aandoeningen (diabetes mellitus, COPD, maligniteiten, hart- en vaatziekten), chronisch gebruik van geneesmiddelen, of een zieke of langdurig opgenomen partner.

Patiënt A, die een vermeende depressie of relatieprobleem had, bezocht eerst de oncoloog, huisarts en POH-GGZ voordat een oncologisch verpleegkundige haar een jaar later naar seksualiteit vroeg. In haar geval was dit de kern van het probleem, zodat er hulp op gang kwam die uiteindelijk een oplossing bood voor haar probleem. Bij vrouwen met borstkanker gaan depressieve klachten vaak samen met seksuele klachten.<sup>8</sup> Mogelijk was het seksualiteitsprobleem ook eerder bespreekbaar geworden als de POH-GGZ, die al relationele problemen had vastgesteld, eveneens de partner had uitgenodigd voor een gesprek.

Seksualiteit is bij patiënten met kanker een van de belangrijkste psychosociale domeinen waarbinnen een probleem

wordt ervaren; 5 jaar na de diagnose ‘kanker’ is dit zelfs het belangrijkste domein.<sup>4</sup> Slechts 2 eenvoudige vragen die elke hulpverlener kan stellen zijn nodig om het onderwerp bespreekbaar te maken: ‘Leidt uw klacht/aandoening/behandeling tot verandering in seksualiteit?’ of: ‘Bij deze klacht/aandoening/behandeling hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent U dat?’ en vervolgens: ‘Heeft u hier last van?’<sup>9</sup> Als een patiënt 2 keer bevestigend antwoordt en ook aangeeft hier hulp bij te wensen, kan de hulpverlener – afhankelijk van tijd, ervaring en expertise – zelf doorvragen of verwijzen. De NHG-standaard ‘Seksuele klachten’ geeft hiervoor handreikingen.

### DURVEN DOORVRAGEN

Patiënt B nam zelf het initiatief zijn seksuele probleem ter sprake te brengen bij de huisarts. In deze casus had beter doorvragen teleurstelling en uitstel van behandeling kunnen voorkomen. Het bracht patiënt B ertoe een andere fosfodiësterase(PDE)-5-remmer te gebruiken die niet door de huisarts was voorgeschreven, maar die hij via internet bestelde. Deze middelen kunnen bij verkeerd gebruik ernstige bijwerkingen geven bij cardiologische patiënten die niet goed zijn geïnformeerd.

Bij patiënt B trok de huisarts te snel de conclusie dat zijn somatische problemen de enige oorzaak van zijn erectiestoornis zouden zijn. Het onderscheiden van een situatieve en gegeneraliseerde seksuele disfunctie kan in dergelijke gevallen behulpzaam zijn. De huisarts had kunnen vragen: ‘Zijn er spontane erecties in de ochtend of in de nacht?’ en ‘Zijn er erecties bij masturbatie of andere seksuele prikkeling?’. Een situatieve erectiestoornis sluit een louter somatische oorzaak uit, waarna de huisarts de psychosociale context beter in beeld had kunnen brengen: ‘Vrijen kunt u zien als extra lichamelijke inspanning. Hoe is dat voor u om weer te vrijen na uw hartinfarct?’ en ‘Welke gedachten gaan er door u heen als u merkt dat de erectie niet komt?’ en ‘Hoe reageert uw partner op het uitblijven van uw erecties?’

De huisarts had de relationele context nog beter kunnen inschatten als zij de partner had uitgenodigd. De NHG-standaard adviseert nadrukkelijk, indien mogelijk, de partner bij de diagnostiek en de besluitvorming over de therapie te betrekken. De afstemming tussen de seksuele wensen van beide partners had mogelijk de werking van het eerste erectiemiddel kunnen bevorderen, of had eventueel kunnen leiden tot andere therapeutische opties dan een medicamenteuze. De huisarts kan door een gezamenlijk gesprek de communicatie tussen partners over seksualiteit stimuleren.

Bij een situatieve erectiestoornis kan de erectiele restfunctie worden verbeterd door ingrijpen op zowel de somatische als psychosociale factoren die bijdragen aan het probleem. Verandering van leefstijl kan leiden tot enige verbetering van de erectie, maar het is niet aan te

- **Seksualiteit heeft een belangrijk aandeel in de kwaliteit van leven.**
- **Patiënten met seksuele klachten kunnen een forse lijdensdruk ervaren en problemen hebben met het aangaan en behouden van intieme relaties.**
- **Er is een onderdiagnostiek van seksuele problemen, zeker onder de groep ouderen, chronisch zieken en hen met kanker.**
- **De NHG-standaard ‘Seksuele klachten’ kan houvast bieden voor diagnostiek en beleid bij seksuele disfuncties.**

geven óf dit optreedt en in welke mate.<sup>1</sup> Daarnaast kan de effectiviteit van PDE-5-remmers worden verbeterd door goede voorlichting, begeleiding en herhaling van de instructies in de follow-up.<sup>1</sup> Daarbij kan een overweging zijn hoe lang een PDE-5-remmer werkzaam is. De lange werkingsduur van tadalafil is een nadeel als behandeling met nitraten nodig blijkt.<sup>1</sup>

Als de patiënt faalangst had gehad of een niet-optimale partnerrelatie, had verwezen kunnen worden naar een door de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie erkende seksuoloog.

Tot slot kunnen cardiologische patiënten soms seksuele interactie vermijden uit angst voor angineuze klachten, ritmestoornissen of een recidief van het myocardinfarct. De kans op dit laatste is zeer klein. Seksuele activiteiten dienen wel te worden ontraden of te worden aangepast in de volgende situaties: stabiele angina pectoris met klachten bij geringe inspanning, hartfalen met dyspneu in rust of bij geringe inspanning, en niet optimaal behandeld hartfalen.<sup>1</sup> Artsen en verpleegkundigen hebben bij erectieproblemen een belangrijke educatieve rol.<sup>10</sup>

**Dames en Heren**, het belang van seksualiteit in de kwaliteit van leven voor chronisch zieken, patiënten met kanker en ouderen kan door artsen tot uitdrukking worden gebracht door het betrekken van dit thema in de anamnese. Durven doorvragen en het stellen van enkele vragen over seksualiteit kunnen voorkomen dat patiënten inboeten op kwaliteit van leven, gaan dwalen in de gezondheidszorg of op internet. Wachten op het initiatief van patiënt of collega leidt meestal tot uitstel. De NHG-standaard ‘Seksuele klachten’ biedt voldoende houvast voor diagnostiek en beleid bij seksuele disfuncties.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 4 februari 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:A9896

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A9896](http://WWW.NTVG.NL/A9896)**

**LITERATUUR**

- 1 NHG-Werkgroep Seksuele klachten. NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening). *Huisarts Wet.* 2015;58:586-97.
- 2 Syme ML, Klonoff EA, Macera CA, Brodine SK. Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: the role of partnered and individual physical and mental health factors. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68:323-32.
- 3 Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling in elderly couples. *J Sex Med.* 2008;5:2027-43.
- 4 Zegers M, Heijmans M, Rijken M. Ondersteuningsbehoeften van (ex-) kankerpatiënten. *Huisarts Wet.* 2010;53:415.
- 5 Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2012;36:98-108.
- 6 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2012;36:3-11.
- 7 Kedde H, Donker G, Leusink P, Kruijjer H. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. *Int J Sex Health.* 2011;23:269-77.
- 8 Christie KM, Meyerowitz BE, Maly RC. Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psychooncology.* 2010;19:1069-77.
- 9 Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol.* 1989;73(3 Pt 1):425-7.
- 10 Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, et al; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J.* 2013;34:3217-35.