

FORUM

Commentaar bij Concept “Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie”¹

Koos Slob² & Luk Gijs³

Bij de stukken voor de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (14-09-2001) troffen we bovengenoemde richtlijn aan, welke als doel heeft de stappen in de diagnostiek en de behandeling van erectiele disfunctie (ED) zodanig te protocolleren dat iedere ED-patiënt de meest optimale behandeling krijgt. De richtlijn was door het bestuur van de NVVS opgesteld in samenspraak met de Nederlands-Vlaamse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (NVIO). Ze zou besproken worden en indien mogelijk goedgekeurd en aanvaard door de NVVS. Het stuk is ‘aangehouden’ en zal door de NVVS nogmaals kritisch worden bekeken. Dat geeft ons de kans een en ander van commentaar te voorzien. Deze Forum-bijdrage is bedoeld om de discussie te stimuleren.

Waar te beginnen?

Bij de opstellers: allemaal medici, die vanwege de Viagra-komst gevraagd waren door de NVIO, NVVS en NVU om de oude richtlijn uit 1995 te ‘actualiseren’. Voor multidisciplinaire verenigingen als de NVVS en de NVIO is de uitsluitend medische samenstelling een duidelijke misser: een of meer gezondheidszorg- of klinisch psychologen met ervaring op dit terrein had(den) er zeker bij betrokken moeten worden!

Ook de referenten die bij het opstellen van deze richtlijn optraden waren uitsluitend mannelijke urologen. Naar ons idee een absolute seksuologische kunstfout. Dus onacceptabel voor de NVVS.

Waarom opnieuw een Richtlijn?

In 1995 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Urologie, in navolging van de NVIO, de ‘richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen’ in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Meuleman, et al., 1995). Sindsdien zijn er verschillende ‘nieuwe’ richtlijnen op de markt gekomen (zie overzicht Moors & Slob, 2000). Het kan geen toeval zijn dat dat telkens gebeurt als er een nieuwe somatische therapie voor erectiele disfunctie op de markt komt. Ook nu is dat weer het geval: de komst van sildenafil (=viagra), van apomorfine (=uprima), van prostaglandine (=muse).

Waarom dan juist een nieuwe richtlijn? Wat was er mis met de oude? Het lijkt er soms sterk op dat wordt ingespeeld op de waan van de dag. Een aantal artsen begint thans mannen met ED een pilletje voor te schrijven en kijkt

dan hoe dat uitpakt: als het werkt, mooi, die is geholpen. Als het niet werkt, oei, wat nu? Iets anders proberen? Doorverwijzen?

Evidence based medicine?

Ook de diagnostiek lijkt onderhevig aan wat de desbetreffende deskundige specialist op dat moment zelf in huis heeft. In dit verband is het relevant op te merken dat in de nieuwe concept-richtlijn nergens meer psychofysiologisch diagnostisch onderzoek (PFDO) serieus genoemd wordt, ook niet als onderzoek in de tweede of derde lijn. Terwijl vele publicaties hebben laten zien dat dit een effectief en uiterst informatief onderzoek kan zijn (met de nadruk op kan)(Slob et al., 2001; Janssen, 2002). Toen PFDO nog op verschillende plaatsen in het land werd toegepast (Amsterdam, Nijmegen, Rotterdam) stond het vermeld in de ‘richtlijnen’. Nu het niet meer (of veel beperkter) kan worden uitgevoerd vanwege gebrek aan menskracht, lijkt het volgens de nieuwe richtlijn alleen nog relevant te zijn om nieuwe orale middelen te testen! Is dat ‘evidence based medicine’?

Overigens, wat hierboven is gezegd over diagnostiek, geldt eigenlijk ook voor therapie. Het is opvallend hoe weinig Nederlandse en internationale publicaties verschijnen die de effectiviteit van de therapie op lange termijn bestuderen (Heiman & Meston, 1997; O’Donohue, et al., 1997; 1999; Segraves, 1998). Dit geldt voor somatische maar misschien meer nog voor psychoseksuele therapieën. Ook hier lijkt te gelden dat de eigen beperkte en subjectieve ervaringen (en vooroordelen?) van de opstellers van richtlijnen bepalend zijn voor wat er in de richtlijn komt. Naar ons idee niet erg ‘evidence based’. Temeer niet daar goede conceptuele richtlijnen voor de evaluatie van ‘evidence based’ beschikbaar zijn (Nathan & Gorman, 1998).

Consensus

Het telkens opnieuw opstellen van richtlijnen (in dit geval voor ED) doet ons denken aan ‘consensus-bijeenkomsten’ van medici. Nog niet zo lang geleden publiceerde Peter Bügel een uiterst vermakelijke en erudiete column over dit onderwerp (Volkskrant, 20 oktober 2001). Zo schreef hij: “*Wanneer artsen spreken over risicofactoren, dient dat opgevat te worden als bewijs van onwetendheid. Hetzelfde geldt voor het begrip ‘consensus’.* Vaak wordt die bereikt op zogeheten ‘consensusconferenties’. De eerst bekende van zulke bijeenkomsten was in het jaar 325 te Nicea. Daar besloten de aanwezige geleerden dat er één God was, die bestond uit drie personen. Ook tegenwoordig wordt consensus vooral bereikt op gebieden waarop weinig evidentie zichtbaar is. ... Het zijn juist de gebieden waar onzekerheid heerst, die medici via het wapen van de consensus onder controle trachten te brengen”. Einde citaat.

Een soortgelijk gevoel bekruipt ons wanneer telkens nieuwe richtlijnen opgesteld worden: er is kennelijk grote onzekerheid over hoe te handelen. En er ontbreekt blijkbaar voldoende goed onderbouwde wetenschappelijke kennis op dit gebied. Of zou het te maken hebben met geld?

Met farmaceutische firma’s die medici voor hun commerciële karretjes spannen? Ons inziens logisch voor een commerciële instelling. Maar medici (en andere hulpverlenenden) die zich laten gebruiken? Dit is iets dat ons grote zor-

gen baart, zoals eerder verwoord door één van ons in dit tijdschrift (Slob, 2001). Fundamenteel is ons inziens niet zozeer of er consensus is over een protocol, maar of een protocol wel voldoende valide is (Cook & Campbell, 1979).

Tenslotte

Hoewel er op een aantal punten in de richtlijn veranderingen gewenst zijn, lijkt het ons op deze plaats niet zinnig en detail daar op in te gaan. Enkele voorbeelden om de gedachten te bepalen: Is de concept-richtlijn niet wat eenzijdig hetero-gericht? Is er wel zo'n duidelijk onderscheid te maken tussen psychoseksuele counseling, sekstherapie en intensieve psychoseksuele therapie? Is er wellicht te veel aandacht voor specifiek medische behandelingsindicaties en te weinig voor psychologische behandelingsindicaties? Is er te weinig aandacht voor de partner in diagnostiek en behandeling?

Dit alles gezegd hebbend willen we de NVVS, bestuur en ledenvergadering, adviseren de concept richtlijn niet in de huidige vorm te aanvaarden. Onze suggestie is dat het NVVS-bestuur enkele ter zake kundige niet medische leden vraagt inhoudelijk naar het concept te kijken en daar waar nodig een en ander te herschrijven, aan te vullen dan wel te bekorten. Op de laatste extra ledenvergadering van de NVVS is hiertoe besloten. Hopelijk wordt de "nieuwe" richtlijn, voorzien van een nadere toelichting, voorgelegd aan de eerstvolgende algemene NVVS-ledenvergadering (en de andere hierbij betrokken wetenschappelijke verenigingen). Wij wachten met belangstelling af.

Literatuur

- Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi experimentation: Design and analysis issues for field settings*. USA: Rand McNally.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148-194.
- Janssen, E. (2002). Psychophysiological measurement of sexual arousal. In M.W. Wiederman & B.E. Whitley (Eds.), *Handbook for conducting research on human sexuality*. London: LEA.
- Meuleman, E.J.H., Drenth, J., van Driel, M., & Lycklama à Nijeholt, A.A.B. (1995). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1874-1879.
- Moors, J., & Slob, K. (2000). De man en zijn partner achter een of andere vorm van erectiestoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 24, 203-214.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- O'Donohue, W.T., Dopke, C.A., & Swingen, D.N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-566.
- O'Donohue, W.T., Swingen, D.N., Dopke, C.A., & Regen, L.G. (1999). Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 19, 591-630.
- Segraves, R.T., & Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Slob, A. K. (2001). Seksuologie, een specialisme om warm voor te lopen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 25, 116-123.
- Slob, A.K., Buitenhuis, E.F.C., Gijs, L., & Hop, W.C.J. (2001). De 'Leidse impotentiescreeningstest' (LIST) bij mannen met een erectiestoornis als voorselectie voor psychofysiologisch diagnos-

tisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 581-586.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 7 maart 2002.

² Prof. Dr A.K. Slob, med. fysioloog/seksuoloog NVVS. Emeritus Hoogleraar, Afd Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus MC, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

³ Dr. L. Gijs, psycholoog/seksuoloog NVVS. Univ. docent Capaciteitsgroep Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

Te vroeg, te laat, te weinig¹

Mieke Poelsma²

De zin van een concept

In dit Tijdschrift vindt U een FORUM bijdrage van Koos Slob en Luk Gijs over de "Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie".

Binnen de (toen nog) Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (NVIO) bestond behoefte aan aanpassing van de bestaande richtlijn aan nieuwe, farmacologische ontwikkelingen, met name de introductie van sildenafil (Viagra®).

Bij het opstellen van deze nieuwe richtlijn is de bijdrage gevraagd van de NVVS, vanuit het besef dat multifactoriële oorzakelijke en onderhoudende factoren bij erectiele disfunctie een rol spelen en multidisciplinaire benadering betere behandelingsresultaten geeft. Hoewel het uitgangspunt van deze richtlijn medisch was en is, is daarmee een volledig medisch-technisch, of farmacologische visie oversteegen.

Te vroeg

De richtlijn is in het voorjaar van 2001 door de Nederlandse vereniging voor Urologie (NVU) geaccepteerd. Dit overigens met enige onvrede over een vermeend te psychologische benadering.

Voor de NVVS-leden is het concept aangeboden met de stukken van de jaarvergadering van 14 september 2001. Aan de uitnodiging om schriftelijk op dit concept te reageren is slechts door een lid gebruik gemaakt.

Door omstandigheden is de bespreking van dit concept op die vergadering niet aan de orde gekomen, maar doorgeschoven naar de extra ledenvergadering van 18 januari 2002.

De Forumbijdrage van Koos Slob en Luk Gijs die U in dit nummer van het Tijdschrift voor Seksuologie aantreft, is geschreven voor die 18e januari, dus voordat de discussie met de leden van de NVVS had plaatsgevonden.

De samenstellers van de richtlijn en het bestuur van de NVVS waren daarover verbaasd om zowel planmatige als inhoudelijke redenen.

Waar Slob en Gijs in hun inleiding stellen met deze FORUM-bijdrage de discussie te willen stimuleren, kon dat niet gelden voor de discussie binnen de NVVS.

Zij hebben de mogelijkheid van de discussie binnen de vereniging niet af willen wachten, noch de mogelijkheid om

- vanaf augustus 2001 -schriftelijk commentaar te geven aangegrepen.

Vandaar 'te vroeg': Het voorleggen van het concept van de richtlijn stelt de deskundigen, de leden van de NVVS, in staat om hun mening erover te vormen en consensus te bereiken over een nieuwe richtlijn.

Te laat

Weinig elegant is het feit dat Slob en Gijs zeer kort door de bocht gaan als zij de zin van een nieuwe richtlijn in twijfel trekken en daarvoor refereren aan drang uit commerciële hoek, en 'de waan van de dag'.

Dit lijkt ons een naïeve instelling, die voorbijgaat aan de (al dan niet door de farmaceutische industrie in gang gezette) enorme aandacht die in de media aan erectiestoornissen en deze nieuwe behandelingsmogelijkheid is besteed. Zoals in de inleiding van de richtlijn wordt gesteld: de toename van de hulpvraag in eerste en tweede lijn maakte herziening van de richtlijn uit 1993 van de NVIO noodzakelijk.

Ook menen zij dat het bereiken van consensus meestal een vertaling van 'onzekerheid over hoe te handelen' betekent. De inleiding van de richtlijn gaat in op de complexiteit en de noodzaak van differentiatie in behandeling. Dat is iets radicaal anders dan onzekerheid.

Slob en Gijs doen hun beroepsgenoten tekort. Is er een objectieve norm voor de tijd die tussen twee richtlijnen in moet zitten? Als al de impact van de introductie van sildenafil, apomorfine en prostaglandines niet wordt ontkend, dan staat het de NVVS nog altijd vrij te besluiten dat het te vroeg is voor een nieuwe richtlijn, niet omdat een periode van 6 jaar te kort is om het bezien van een grote ontwikkeling aan te vatten, maar op wetenschappelijke gronden.

Wat er mis is met de oude? Het is aan de vakgenoten om te besluiten.

Vandaar 'te laat': Hadden Slob en Gijs gezwegen als op 14 september de behandeling van de richtlijn wel was afgewikkeld? Dat zij ruim drie maanden na ontvangst van het concept niet verder zijn gekomen stelt teleur.

Te weinig

Op die extra vergadering van januari 2002 is door Luk Gijs overigens wel enigszins verder ingegaan op de inhoud in die zin, dat herhaald is, dat het ontbreken van een psycholoog in de voorbereidende commissie een omissie is. Daarbij stelde hij dat er fundamentele fouten in de richtlijn staan op psychologisch terrein.

Vandaar 'te weinig': Slob en Gijs schieten erin tekort in detail aan te geven waar het concept tekort schiet en hoe de inhoud dan zou moeten luiden. Immers, zij zijn geen buitenstaanders, maar deskundigen op het gebied. Die bovendien vanaf augustus 2001 gevraagd zijn hun mening te geven.

Eenvoudig was geweest om aan te geven welke elementen uit de oude richtlijn gehandhaafd moeten worden; op welke punten het weglaten van psychofysiologisch onderzoek onterecht was; waarom ten onrechte een onderscheid tussen psychoseksuele counseling, sekstherapie en intensieve psychoseksuele therapie wordt gemaakt; welke tekortkomingen er in diagnostiek zijn te bemerken; in detail

aan te geven waar het concept te veel gericht zou zijn op de heteroseksuele man.

Vorm- en kunstfouten

Het valt niet te ontkennen dat er alleen mannelijke urologen als referenten zijn opgetreden. Dat is ook niet geheel onlogisch bij een richtlijn, die primair is geïnitieerd door de NVU en NVIO. De opstellers daarentegen zijn noch alleen uroloog, noch alleen man. Dezen hebben bovendien serieus gekeken naar de oude richtlijn, naar internationale ontwikkelingen en naar de andere velden. De richtlijn ligt in het verlengde van de NVIO richtlijn - toch ook geen geringe club van deskundigen.

De opstellers erkennen echter de gevoeligheden op dit punt en, zoals op de vergadering van januari al is gesteld, adviseren dan ook voor toekomstige en meer specifiek psycho-seksuele richtlijnen zowel de disciplines als het geslacht van opstellers en referenten in ogenschouw te nemen.

Punten van overweging voor de critici

Omdat Slob en Gijs geacht kunnen worden hetzelfde belang te dienen als de opstellers van deze richtlijn, namelijk: evidence based optimale hulp voor patienten/clienten met erectiele disfunctie, zullen zij er vrede mee hebben dat hen enkele punten ter overweging worden gegeven.

Binnen de NVVS is een traject ingezet naar richtlijnen en behandelingsstrategieën voor seksuologische problematiek. Mogelijk kunnen Slob en Gijs hierin hun inbreng hebben op de volgende terreinen:

- het ontwikkelen van normen voor de frequentie van richtlijnen;
- aangeven of bijvoorbeeld de sterke terugloop van psychofysiologisch onderzoek in Nederland een reden zou kunnen zijn voor een aanpassing;
- het geringe aantal publicaties mede op zichzelf betrekken en hier vanuit psychoseksuele hoek aan werken.

Verder zou ik Slob en Gijs willen vragen hun afkeer van consensus af te wegen tegen de gevolgen van de gebeurtenissen op hun beloop laten en niet naar eer en geweten tot gefundeerde adviezen voor diagnostiek en behandeling te komen.

Dank voor de kritiek

Onverminderd het bovenstaande zijn de opstellers dankbaar dat Koos Slob en Luk Gijs hun mening op schrift hebben gesteld.

Waar dit betrekking heeft op de wijze waarop een concept tot stand is gekomen dient dit binnen de vereniging te worden behandeld.

Anders dan de critici menen de opstellers van het concept dat dit niet weer apart schriftelijk, of via het Tijdschrift voor Seksuologie moet worden becommentarieerd.

Een integrale bespreking met de door de critici aangegeven disciplines zou kunnen leiden tot een richtlijn voor de NVVS-leden. De genoemde commissie ter ontwikkeling van behandelstrategieën is daarvoor het aangewezen platform.

Ontstemming blijft voor de insinuatie dat het concept louter op impuls of zelfs op instigatie van de farmaceutische

industrie (die artsen voor hun karretjes spannen) tot stand is gekomen. Dit ontkent dat het initiatief bij de NVIO lag en toont weinig respect. Die kritiek was denkbaar geweest als deze impulsief op een vergadering was uitgesproken, maar ruim drie maanden na de beschikbaarheid van het concept lijkt deze uit onmin voort te komen.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 22 april 2002.

² Drs. M.C. Poelsma, arts-Seksuoloog NVVS/SH

Slob & Gijs, God, karretjes en actuele richtlijnen¹

Mels van Driel²

Het commentaar van Slob & Gijs bevat veel onjuistheden. Dat stoort, ik kan ze onmogelijk allemaal opnoemen. Ik bespreek er enkele. De opstellers van de 'Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie' (ondergetekende behoort daar niet toe) zijn inderdaad allen medicus. Het bestuur van de NVIO heeft primair het initiatief genomen om de richtlijn uit 1995 te herzien. Naast eigen leden heeft men het NHG en het bestuur van de NVVS gevraagd leden naar de werkgroep af te vaardigen. Het NHG vaardigde twee huisartsen af, hoe kon het ook anders, en de NVVS twee arts-seksuologen. De kunstfout zoals Slob en Gijs het noemen is dus vooral gemaakt binnen NVVS-kringen. Voor alle duidelijkheid: psychologen zijn binnen de NVIO zeer dun en binnen de NVVS zeer dik gezaaid.

Blijkens de inleiding van de richtlijn is deze geschreven 'voor huisartsen, urologen, seksuologen, maar ook voor neurologen, cardiologen, internisten, revalidatieartsen, geriateren alsmede psychiaters en psychotherapeuten kan kennisname zinvol zijn.'

Uiteraard is de richtlijn in principe bedoeld voor artsen. Die mogen recepten uitschrijven, psychologen niet. Is het gek dat een richtlijn wordt herzien als er orale en intra-urethrale medicatie ter beschikking is gekomen? In tegenstelling tot Slob & Gijs vind ik van niet. Het is geen 'waan van de dag' maar een dappere poging om artsen te behoeden voor het op de bonnefooi uitschrijven van een recept. Artsen zijn net mensen, ze willen wel eens voor de meest gemakkelijke weg kiezen. En hoeveel patiënten zijn niet geneigd om de oplossing voor hun probleem primair buiten henzelf in plaats van in hun eigen ziel te zoeken? De richtlijn volgend worden zij en hun dokters behoeden voor Kwik-Fit oplossingen. In de richtlijn wordt heel veel nadruk gelegd op psychische factoren, wonderbaarlijk dat artsen daar zoveel oog voor hebben! In het buitenland zouden psychologisch georiënteerde hulpverleners de opstellers van deze nieuwe richtlijn met duizend armen omhelzen. In dit land worden zij met Rotterdams zwavelzuur en Utrechts vitriool overgoten!

Nog één correctie: het psycho-fysiologisch diagnostisch onderzoek wordt in de richtlijn genoemd onder het kopje 'Specialistisch Onderzoek' en wel als alternatief voor het

meten van nachtelijke erecties met behulp van de Rigiscan. Nergens staat in de richtlijn, zoals Slob en Gijs suggereren, dat psycho-fysiologisch onderzoek 'alleen nog maar relevant is om nieuwe orale middelen te testen'. Dat schudden Slob & Gijs uit hun eigen mouw. Eén ding is wat mij betreft zeker: ook in de specialistische praktijk is Rigiscan-meting in de thuissituatie veel en veel goedkoper dan visuele seksuele stimulatie + meting van rigiditeits- en omtrekstoename in het ziekenhuis.

Onder **Consensus** hutselen Slob & Gijs consensus, God bestaand uit drie personen, *telkens* nieuwe richtlijnen, commerciële karretjes en protocol door elkaar, waarna volstrekt onduidelijk blijft wat ze in vredesnaam willen zeggen. Overigens vind ik in tegenstelling tot Slob & Gijs de column uit de Volkskrant niet getuigen van eruditie. De Drie-eenheid (laat ik er korthedshalve zo over schrijven) is als een theologisch antwoord op een intellectueel probleem haar loopbaan begonnen en is zeker niet zoals de columnist suggereert het resultaat van een consensusbijeenkomst. Overigens wordt het begrip consensus nergens in de richtlijn genoemd.

Een richtlijn bevat aanwijzingen voor een te volgen gedrag of handelwijze, zegt mijn Van Dale (1976). Goed dat er een geactualiseerde is, hulde aan de opstellers! Die doen dat toch maar, meestal in hun vrije uurtjes, en, naar mijn stellige overtuiging, niet als paarden bespannen voor commerciële farmaceutische firmakarretjes. De opstellers kennde laten zij zich echt niet gebruiken, zoals Slob & Gijs vuig menen te mogen suggereren. Het ware beter geweest als zij met inhoudelijke kritiek waren gekomen. Ik wacht met belangstelling af.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 24 april 2002.

² Mels van Driel, uroloog/seksuoloog NVVS, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30001. 9700 RB Groningen

Een korte reactie op Poelsma en Van Driel

Koos Slob & Luk Gijs

Met belangstelling hebben we kennis genomen van de reacties van Poelsma en Van Driel. Waar Poelsma de moeite neemt –scherpzinnig- inhoudelijk op allerlei zaken in te gaan, lijkt Van Driel meer gekwetst dan zakelijk. In ieder geval heeft ons schrijven tot reacties geleid. Wij zijn blij dat de NVVS de zaken opnieuw zal bezien en een traject heeft ingezet naar 'Richtlijnen en behandelingsstrategieën voor seksuologische problematiek'. Wij zijn bereid ons steentje daaraan bij te dragen en wachten met belangstelling de (verdere) initiatieven van de NVVS af. Wat Van Driel betreft: hij heeft gelijk dat in de voorgestelde 'Richtlijn...' niet staat dat psychofysiologisch onderzoek alleen nog maar relevant is om nieuwe orale middelen te testen. Dat hebben we echter niet uit onze duim gezogen, zoals Van Driel beweert, doch dat statement is afkomstig van een ter zake kundig collega-

uroloog van hem (Meuleman, e.a., 2000, p. 131). Verder vinden we het verrassend dat Van Driel de Rigiscan de voorkeur geeft boven psychofysiologisch onderzoek op basis van economische overwegingen, zonder met een woord te reppen over de validiteit van de betreffende diagnostische instrumenten.

Tenslotte: we hopen van harte dat de NVVS spoedig deze zaken opnieuw bekijkt en met een voor alle seksuologen aanvaardbare en bruikbare 'Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie' komt. Bovendien hopen we dat die richtlijn een hoge validiteit zal hebben.

Referentie

Meuleman, E., Broderick, G., Meng Tan, H., Montorsi, F., Sharlip, I., & Vardi, Y. (2000). Clinical evaluation and the Doctor-Patient dialogue. In A. Jardin, G. Wagner, S. Khoury, F. Guiliano, H. Padma-Nathan & R. Rosen (Eds.). *Erectile dysfunction*. Plymouth: Health Publications Ltd.

Viacrème of knoflook¹

Ilse Penne²

Sinds februari 2002 is Viacrème op de Belgische markt. Het prikkelend zalfje dat vrouwen orgasmen belooft moet op de clitoris worden aangebracht. De crème is samengesteld uit plantenextracten*. De producenten verklaren de werking ervan als volgt: "Viacrème zorgt ervoor dat de bloedvaten uitzetten waardoor een betere doorbloeding plaatsvindt en dus een grotere gevoeligheid. Deze opwindende kan een intensere activiteit van de vaginale klieren met zich meebrengen en zo ook een betere lubricatie, wat de geslachtsgemeenschap verbetert. Viacrème veroorzaakt ook warme en koude sensaties en in de daaropvolgende momenten een intiem prikkelend gevoel. De toegenomen gevoeligheid van de clitoris kan voor een sterker verlangen zorgen. De door Viacrème opgewekte gevoelens duren een half uur, of zelfs langer".

Deze liefdesbalsem is te koop bij de apotheker en verkrijgbaar via internet. Geïnteresseerden moeten dus de apothekersdrempel niet meer overwinnen en kunnen in alle anonimiteit online bestellen. Maar al vergt het weinig moed, zuinigheid kan alsnog een struikelblok zijn want het zalfje kost 35 euro voor vier zakjes van 2 milliliter. Voor vier 'beurten' dus. Gelukkig was er voor één keer moed noch veel geld nodig want... 'Doe het met Flair'. Flair bood in de week van 2 februari een staaltje gratis aan.

Welk effect zou 'dit nieuwtje op de markt' nu hebben op de seksuele relaties, vraag ik mij dan af. Gaat het 't éne oor in en het ander uit? Prikkelend zo'n artikel in de krant enkel de ogen maar niet echt de zinnen? Mogelijk hebben de paren die nieuwsgierig genieten van seks er 'een speeltje' bij. Maar voor hetzelfde geld hebben sommige paren met seksuele problemen er een frustratie bij 'omdat het zelfs hiermee niet lukt'.

Wat er ook mee gebeurt, de marketing van dit product is niet correct. Al zegt de pr-verantwoordelijke dat het geen geneesmiddel is en geen orgasme garandeert, de analogie met het geneesmiddel Viagra is te duidelijk. Daarenboven verleent de verkoop bij de apotheker dit product geloofwaardigheid. Viacrème is het zusje van Viagra en allebei zijn zij kinderen van onze tijd. De biologische kant van de seksualiteit staat nu eenmaal in de schijnwerper. We leven in een tijd van wonderpillen en wondercrèmes die ons seksleven bepalen. Of van instant-passie en schijnoplossingen? Wie zal het zeggen? Maar vooral, wie zal de consument inlichten of Viacrème net zoals Viagra wel degelijk garanties biedt of in welke context zij dit goedje moeten plaatsen?

Het genotzalfje suggereert een therapeutische werking zonder dat er wetenschappelijke bewijzen zijn. "Viacrème is in laboratoria getest en veilig bevonden", staat op de website te lezen**. Waarschijnlijk is de veiligheid van dit plantenextractje het enige wetenschappelijke. Vrouwen die 2 milliliter crème lokaal aanbrengen lopen niet echt een verhoogde kans op hartinfarct.

Om dat alles had ik het zoveel beter gevonden dat Viacrème werd voorgesteld als een nieuw afrodisiacum. Een chemisch afrodisiacum weliswaar, na de oesters en de asperges, de champignons en de knoflook. Blijkbaar werken sommige afrodisiaca omwille van hun analogie met de vorm van een vulva of een fallus. Terwijl andere door suggestie werkzaam worden. Door het idee bijvoorbeeld zoals destijds bij de kannibalen, dat we door iets op te eten, de erotische kracht verwerven. Al beweren sommigen dat afrodisiaca een wetenschappelijke grondslag hebben, werkt hier vooral de kracht van de inbeelding. Laat ons blijvend op zoek gaan naar om het even welke stof of activiteit die 'de minnedruff' prikkelend, zou ik zeggen. Maar laat ons dit doen in een sfeer van warme romantiek en suggestie en ver weg blijven van de koude, wetenschappelijke garanties.

Vraag is of we in de therapiekamer tijdens het bespreken over 'weinig zin' of 'anorgasmie' de vraag naar Viacrème gaan horen. Net zoals erectieproblemen niet meer besproken kunnen worden zonder dat de cliënt aanhaalt dat hij óf Viagra neemt óf dit overweegt en mijn mening vraagt.

Misschien reageren vrouwen wel anders op dit product dan mannen op Viagra. Misschien liggen zij niet te wachten op een orgasme, dankzij een pil of crème. Ik weet het niet.

Maar mensen willen in deze tijden presteren, op verschillende vlakken en zo vlug en zo lang mogelijk. Ook wat de seks betreft. Terwijl intimiteit net onthaasting vergt. Dat weet iedereen.

Daarom ben ik bijna geneigd om cliënten aan te raden eens champignons met knoflook te koken in plaats van het zoveelste goedje aan te smeren.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 6 mei 2002.

² drs. I. Penne, psychologe, seksuologe.

³ Viacrème is samengesteld uit minuscule hoeveelheden van L-Arginine, Menthol, Gel (Cardon en Triethanolamine), Aloe, Retenyl, D Alpha Tocopheryl en Cymbopogon nardus.

⁴ Voor meer informatie: www.lingerie-bodyfashion.com/viacreme/index.asp