

Een getalsmatige benadering van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk

Frans Meijman*

Op grond van gegevens uit de huisartsgeneeskundige literatuur wordt een getalsmatige schets gemaakt van seksuele problemen in de huisartspraktijk. Daarbij blijkt dat seksuele problemen, in hun totaliteit bezien, tamelijk frequent voorkomen, maar dat er nog geen eenduidig beeld bestaat over de prevalentie. Er zijn geen aanwijzingen voor een toename van de prevalentie in het afgelopen decennium. De vele onderscheiden seksuele stoornissen vormen ieder voor zich slechts incidentele gebeurtenissen voor huisartsen. De betekenis van de huisartsgeneeskundige benadering van seksuele problemen komt dan ook niet zozeer naar voren in specifieke therapieën, maar in een integrale op verheldering gerichte aanpak. Deze opvatting vindt steun in de beschikbare cijfers over het professioneel handelen van huisartsen. Huisartsen blijken seksuele problemen meestal zelf te behandelen via psychotherapie, voorlichting en advies of 'simpelweg' luisteren.

Inleiding

Een getalsmatige benadering van seksuele problemen vormt geen populair onderwerp in de huisartsgeneeskundige of voor de huisarts toegankelijke seksuologische literatuur. In het algemeen overheersen publikaties van een beschouwelijk karakter. Bij een analyse van alle artikelen op seksuologisch gebied die in 25 jaargangen van het wetenschappelijke tijdschrift voor Nederlandse huisartsen zijn verschenen, werden bijvoorbeeld nauwelijks verslagen van oorspronkelijk onderzoek aangetroffen (Meijman, 1982a). In het voor de huisarts belangrijke naslagwerk 'Helpen bij seksuele moeilijkheden' (Moors e.a., 1977) zal men ook tevergeefs zoeken naar gekwantificeerde gegevens over het voorkomen en de behandeling van seksuele problemen in de eerstelijns gezondheidszorg. In een an-

* Huisarts te Amsterdam en medewerker van de afdeling studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

der boek besteedt Frenken (1980) wel aandacht aan studies over het voorkomen van seksuele problemen in de bevolking. Op grond van door hem veronderstelde onbetrouwbaarheid van de gegevens kent hij een ondergeschikte betekenis toe aan onderzoeken naar de hoeveelheid seksuele problemen die bij (huis)artsen gepresenteerd worden.

Inmiddels zijn er betrouwbare onderzoeksgegevens gepubliceerd over het probleem aanbod bij Nederlandse huisartsen en hun professioneel handelen daarbij. In dit artikel wil ik enkele van die gegevens, voor zover deze betrekking hebben op seksuele problemen, bijeen brengen. Ik ben daarbij uitgegaan van de veronderstelling dat dergelijke gegevens, die verborgen zitten tussen vele andere cijfers uit het huisartsgeneeskundige onderzoek, normaliter niet gemakkelijk vanuit de huisartsgeneeskundige naar de seksuologische literatuur diffunderen. De getalsmatige benadering die ik daarbij gevolgd heb, doet niets af aan de meer gebruikelijke kwalitatieve benadering. Een en ander is slechts bedoeld als aanvulling. Discussies over het beleid ten aanzien van de seksuologische hulpverlening krijgen meer reliëf, indien deze worden gevoerd tegen de achtergrond van gekwantificeerde gegevens uit de eerstelijns gezondheidszorg, waarbinnen de huisartsgeneeskunde een belangrijke plaats inneemt.

Vraagstelling en feitenbronnen

Bij mijn literatuurstudie heb ik me gericht op de volgende vragen:

- Welke gegevens zijn er bekend over de aard en omvang van de seksuele problemen die door Nederlandse huisartsen geregistreerd worden en over relevante variabelen daarbij? Met andere woorden, welke prevalentie en incidentiecijfers¹ zijn er bekend?
- Is er iets bekend over de ontwikkeling van de prevalentiecijfers in de loop der jaren?
- Hoe verhouden zich deze cijfers ten opzichte van de prevalentie van andere diagnoses in de huisartspraktijk? Met andere woorden, wat is, kwantitatief gezien, het relatieve belang van seksuele problemen in de huisartspraktijk?
- Welke gegevens zijn er bekend over het professioneel handelen van huisartsen bij seksuele problemen (in kwantitatief opzicht)?

1. De begrippen incidentie (het aantal *nieuwe* geregistreerde gevallen per 1000 patiënten per jaar) en prevalentie (het aantal bekende gevallen per 1000 patiënten per jaar) worden in dit artikel naast elkaar gebruikt afhankelijk van de betreffende literatuurverwijzing. Voor zover het seksuele problemen betreft, verschillen de cijfers voor incidentie of prevalentie overigens nauwelijks.

Om deze vragen te beantwoorden ben ik vooral te rade gegaan bij publikaties vanuit het gezondheidscentrum Ommoord, waar het afgelopen decennium onderzoek werd verricht naar probleemgedrag. Vanuit dit centrum werd bovendien een geautomatiseerd registratieproject opgezet, waaraan meerdere huisartsen deelnamen (Lamberts, 1980). Voorts heb ik gebruik gemaakt van de morbiditeitsgegevens van Oliemans (1969) en Hodgkin (1978). De eerste omdat het in diens onderzoek gedateerde cijfers betreft, de laatste om vergelijking met Britse cijfers mogelijk te maken. Een andere belangrijke bron van informatie voor morbiditeitsgegevens uit de huisartsenpraktijk, de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegse Huisartseninstituut, kan helaas niet gebruikt worden bij seksuele problemen vanwege het classificatiesysteem. Tenslotte raadpleegde ik nog publikaties vanuit gezondheidszorg-instellingen die grenzen aan de huisartspraktijk.

Voor de goede orde dient benadrukt te worden dat de gebruikte registratiegegevens betrekking hebben op de problematiek die aan de registrerende artsen wordt gepresenteerd en zoals die door deze artsen vervolgens wordt geïnterpreteerd en geclassificeerd. De registratiegegevens vormen derhalve geen exacte weergave van de seksuele problematiek zoals die in de bevolking voorkomt, maar slechts voor zover die gepresenteerd en geregistreerd wordt. Het is voor mij de vraag in hoeverre deze kanttekening de betekenis van dergelijke cijfers beperkt, indien men primair de hulpverlening als invalshoek beschouwt. Slechts indien men uitgaat van enerzijds een belangrijke onderrapportage van seksuele problemen aan (huis)artsen, en anderzijds de zin en haalbaarheid van hulpverlening bij verborgen seksuele problemen, wordt een dergelijke beperkte betekenis van registratieresultaten belangrijk.

Tenslotte nog een opmerking over de betrouwbaarheid en representativiteit van registratiegegevens uit de huisartsgeneeskundige literatuur. Indien de gegevens voortkomen uit het onderzoek van één huisarts in de eigen praktijk, vormen beide aspecten belangrijke punten van nadere overweging.

In dit verband is het echter een belangrijke vooruitgang dat we sinds kort gegevens kunnen putten uit het monitoring project (Lamberts, 1982). Dit geautomatiseerde registratieproject heeft betrekking op de praktijken van twaalf huisartsen, die op twee solisten na werkzaam zijn in gezondheidscentra in de regio Rotterdam en Maastricht. We mogen niet aannemen dat deze twaalf huisartsen allen in even sterke mate blind zijn voor seksuele problematiek.

Prevalentie van seksuele problemen

Tabel 1 laat zien dat er nog geen eenduidig beeld bestaat van het voorkomen van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. Bezien voor het totaal aantal gere-

Tabel 1. Prevalentie van seksuele en andere problemen in huisartspraktijken (voorkomen per 1000 patiënten).

	Oliemans (1969)	Lamberts (1975)	Hodgkin (1978)	Lamberts (1982)
A. Seksuele problemen				
impotentie	0,9	2	0,8	-
anorgasmie	-	2	-	-
libidoverlies	0,1	6	0,5	-
(problemen met) homoseksualiteit	-	1	0,3	0,4
overige seksuele problemen	-	10	0,7	-
seksuele problemen zonder relationele problemen				3,3
relationele problemen met seksuele probl. niet psychogeen vaginisme of dyspareunie				8,9
Totaal seksuele problemen	1,0	21	2,3	13,5
B. Andere problemen				
relationele problemen (zonder seksuele problemen)		33	9,0	15,0
werkproblemen		31	-	24,0
slaapstoornissen (voor zover geen symptomen van elders geregistreerde stoornis)	4,1	13	10,0-18,0	30,0
alcoholprobleem	1,0	-	3,0	6,1
blaasontsteking	18,1	26	14,5-22,4	23,3
verkoudheid	77,6	99	122	125,8
pilcontrole	29,9	109	-	60,3

gistreerde seksuele problemen vermelden Oliemans (1969) en Hodgkin (1978) betrekkelijk lage prevalentiecijfers en de morbiditeitsregistratie in Ommoord en Lamberts (1975, 1982) betrekkelijk hoge cijfers. Hierbij moet wel worden aange-tekend dat niet nagegaan kan worden hoeveel seksuele problemen door de beide eerste auteurs onder andere diagnostische benamingen geregistreerd zijn. Het is wel duidelijk dat de differentiatie in de 'klassieke' seksuele stoornissen voor huisartsen kennelijk geen belangrijk aspect is bij de registratie. In de eerstelijns hulpverlening bij seksuele problemen bieden schijnbaar exacte diagnoses immers nauwelijks aanknopingspunten voor de begeleiding of behandeling (Van der Velden, 1977). Er lijkt veel voor te pleiten de gehanteerde probleemgroepen te beperken tot de vier die Lamberts (1982) onderscheidt. Deze geven de richting aan voor het verdere beleid bij de hulpverlening. Op andere plaatsen in dit artikel zal blijken dat met name van belang is, in hoeverre de seksuele problemen een onderdeel zijn van relationele problemen.

Tabel 2. Incidentie van seksuele problemen in huisartspraktijken (actieve populatie N = 21 192) naar leeftijdsgroep. Vrouw/man verhouding en ratio herhalingscontacten (Lamberts, 1982).

	2-jaarsincidentie						vrouw/man ratio		herhalingscontact	
	0-4 jaar	5-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-65 jaar	>65 jaar	1e jr.	2e jr.	1e jr.	2e jr.
- Seksuele probl. zonder relationele problemen	-	-	9,4	9,0	8,3	3,5	1,7	1,4	0,5	0,4
- Relationele probl. met seksuele probl.	-	-	5,8	19,3	18,2	5,9	2,4	3,0	1,4	1,2
- Niet psychogeen vaginisme en dyspareunie	-	-	1,4	1,9	1,7	-	-	-	0,3	0,8
- Problemen met homoseksualiteit	-	-	1,1	0,6	1,0	-	0,2	0,2	0,2	1,6

Blijkens tabel 2 worden alle seksuele problemen min of meer evenwichtig verspreid in alle leeftijdsgroepen vanaf de puberteit waargenomen in de huisartspraktijk. Boven 65 jaar zien we wel een afname van de incidenties. Alleen voor relationele problemen met seksuele problemen zien we een stijging van de incidentie tussen 25 en 65 jaar. Voor relationele problemen zonder seksuele problemen is er overigens minder duidelijk sprake van een daling van de incidentie boven 65 jaar.

Met uitzondering van problemen met homoseksualiteit worden seksuele problemen door de huisarts vaker bij vrouwen geregistreerd. Dit geldt ook voor relationele problemen zonder seksuele problemen. Dit is een bekend fenomeen, dat op zichzelf nog niet veel zegt over de verdeling van de seksuele en relationele problemen tussen de geslachten, maar meer over de relatief lagere drempel voor vrouwen om dergelijke problemen met de huisarts te bespreken (zoals dit trouwens in het algemeen voor de meeste problemen geldt in de huisartspraktijk). Een vergelijkbaar fenomeen doet zich voor met betrekking tot het gebruik van de anticonceptiepil. Pilgebruiksters melden ongeveer tweemaal zo vaak seksuele (en relationele) problemen aan de huisarts als niet-pilgebruiksters (Lamberts, 1975). Waarschijnlijk verlaagt het herhaalde contact met de huisarts in verband met pilgebruik de drempel.

Met een uitzondering voor leeftijd en geslacht zijn er geen andere gegevens bekend over relevante variabelen die de prevalentie van seksuele problemen in de huisartspraktijk beïnvloeden. De invloed van bijvoorbeeld beroepsprestige, ge-

zinsstructuur, woonvorm en chronische ziekten, die in het morbiditeitsonderzoek in Ommoord wel werd onderzocht, is op het punt van de seksuele problemen niet zonder meer duidelijk. Hier kan wel gewezen worden op de frequentie van seksuele problemen bij studenten, zoals die door de studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam op het spreekuur wordt geregistreerd (Meijman, 1982b). Seksuele stoornissen als klacht, terwijl er geen sprake blijkt van een lichamelijke afwijking, worden bij ongeveer 16 per 1000 bezoekers geregistreerd. Daarbij is er géén man-vrouw verschil en wordt de helft van de stoornissen door de student in eerste instantie somatisch gepresenteerd. Dit cijfer verschilt nauwelijks van de incidentie die Lamberts (1982) voor de leeftijdsgroep 15-24 jaar vermeldt. Hoewel de frequentie van seksuele stoornissen bij studenten dus niet opvallend hoog of laag lijkt te zijn, blijkt uit de spreekuurregistratie van de Amsterdamse studentenartsen, die in hun dienstverlening geheel vergelijkbaar zijn met huisartsen, dat de seksualiteit wel een relatief belangrijke achterliggende factor is bij de geregistreeerde psychosomatische en psychische problemen. Opmerkelijk-kerwijs blijkt dit bij mannelijke studenten vaker het geval dan bij vrouwelijke.

Toename van seksuele problemen

Menigmaal valt in discussies de opvatting te beluisteren dat in de loop van de zeventiger jaren het absolute en relatieve aantal seksuele problemen dat bij de hulpverlening wordt aangemeld, gestegen zou zijn. Zoals uit tabel 1 blijkt, vindt men, toegespitst op de huisartsgeneeskundige situatie, geen steun voor een dergelijke opvatting in de prevalentie cijfers. Bij een vergelijking van de cijfers uit de morbiditeitsanalyse 1972 in Ommoord (Lamberts, 1975) en die uit het monitoringproject 1979-1981 (Lamberts, 1982), waaraan de praktijken van het gezondheidscentrum Ommoord een belangrijk aandeel hebben geleverd, zien we zelfs een afname van de prevalentie van seksuele problemen (21 tegen 13,5 per 1000 patiënten). Deze afname is niet verklaarbaar door verschuivingen in het classificatiegedrag van de registrerende artsen. Ook als alle seksuele en relationele problemen te zamen worden genomen, zien we een sterke daling van de prevalentie (54 tegen 28,5 per 1000 patiënten).

Dat de tendens zeker niet ligt in de richting van toename van de hulpvraag bij huisartsen wordt mede aannemelijk gemaakt door gegevens vanuit de categorale hulpverlening. Voor de jaren 1979, 1980 en 1981 werd geen verandering vastgesteld in het absolute en relatieve aandeel verwijzingen via de huisarts voor psychosociale hulpverlening door de consultatiebureaus van de Rutgersstichting. Deze hulpverlening betreft voor een groot deel seksuele en voor een kleiner deel relationele problemen (B. Lam, persoonlijke mededeling). Uit telweekonderzoeken door het Centraal Bureau voor de Statistiek onder vrijwel alle consultatiebu-

reus voor geboortenregeling en seksualiteitsvragen in 1973, 1978 en 1981 blijkt sprake van een daling van het aandeel door een arts of specialist verwezen cliënten van 19 via 6 naar 4 procent (Boswinkel, 1982). Overigens blijkt uit dezelfde onderzoeken dat het aandeel van hulpverlening voor relationele en seksuele problemen op deze consultatiebureaus sinds 1973 een stijging vertoont. Voorts werd er in 1981 een duidelijke stijging vastgesteld van het absolute aantal hulpverleningscontacten voor dergelijke problemen ten opzichte van 1978. Een dergelijke stijging blijkt echter weer niet uit de cijfers van het onafhankelijke consultatiebureau MR70 te Amsterdam (jaarverslag 1976-1979).

Hoe dan ook, het is mogelijk dat de toename van seksuologische hulpverlening op de consultatiebureaus geleid heeft tot de veronderstelling dat er zich in het algemeen een toename van de hulpvraag voor seksuele problemen heeft voorgedaan. Voor de huisartsgeneeskundige situatie geldt dit echter niet. Gezien het getalsmatig grotere aandeel van huisartsen¹ bij de hulpverlening voor seksuele problematiek dan die van de categorale instellingen lijkt dit een belangrijke constatering.

Het relatieve belang van seksuele problemen in de huisartspraktijk

Prevalentiecijfers en de ontwikkeling ervan in de tijd zeggen op zichzelf nog niet zoveel voor wie de betekenis ervan wil begrijpen voor de hulpverlener die met dergelijke problemen geconfronteerd wordt. Voor een goed begrip dient men tevens inzicht te hebben in de prevalenties van andere problemen waarmee die hulpverlener te maken krijgt.

In het algemeen wordt in de huisartsgeneeskundige literatuur aangenomen dat aandoeningen met een prevalentie van hoger dan 15 per 1000, frequent voorkomen. Tegen deze achtergrond bezien mogen we stellen dat seksuele problemen in hun totaliteit tamelijk frequent door huisartsen worden gezien. Voor de diverse subcategorieën binnen de seksuele problemen geldt dit echter al veel minder. De grote reeks nauw omschreven seksuele stoornissen behoren ieder voor zich voor de huisarts tot de incidentele gebeurtenissen. Om het relatieve belang van seksuele problemen voor de huisarts te illustreren werden in tabel 1 de prevalenties van enkele relevante problemen buiten de sfeer van seksuele problemen opgenomen. De meest frequente diagnose in de huisartspraktijk, de acute bovenste

1. Uitgaande van een lage schatting voor de incidentie van seksuele problemen in de huisartspraktijk van 10 (d.w.z. 10 nieuwe gevallen per 1000 patiënten per jaar) worden door huisartsen jaarlijks ongeveer 140 000 patiënten ten minste eenmaal gezien in verband met seksuele problemen. Een ruime schatting voor het jaarlijkse aantal nieuwe aanmeldingen bij alle categorale instellingen voor seksuologische hulpverlening te zamen zal niet verder gaan dan enkele duizenden.

luchtweginfectie (verkoudheid), komt ten minste tien maal zo vaak voor als alle seksuele problemen te zamen. Enkele met seksuele problemen vergelijkbare diagnosengroepen (gezien hun niet strikt 'medische' karakter) als relationele problemen, werkproblemen en slaapstoornissen zijn ieder voor zich in kwantitatief opzicht voor huisartsen belangrijker dan alle seksuele problemen te zamen.

De prevalentiecijfers van blaasontsteking werden vermeld omdat het een typisch huisartsgeneeskundig probleem met een sterke mate van diagnostische zekerheid betreft. Bovendien komen blaasontstekingen voornamelijk bij vrouwen voor en we zagen eerder dat seksuele problemen ook vaker door vrouwen aan de huisarts gemeld worden. Om dezelfde reden treft men de cijfers voor de pilcontrole aan. Vergeleken met die talloze urinecontroles voor blaasontsteking en gesprekken, bloeddrukmetingen en eventuele gynaecologische onderzoeken bij pilgebruiksters, die huisartsen dagelijks verrichten, behoren de diverse vormen van impotentie, vaginisme of anorgasmie en startproblemen bij jongeren of acceptatieproblematiek bij homoseksuelen ieder voor zich tot de incidentele gebeurtenissen. Uitgaande van de eerder vermelde 140 000 nieuwe seksuele problemen die er per jaar met de huisartsen in Nederland besproken worden, krijgt een huisarts per jaar met 10 à 40 nieuwe seksuele problemen te maken. Nogmaals: het betreft hierbij alle seksuele problemen te zamen. De ervaring die een huisarts op doet met op zichzelf zeldzame specifieke seksuele stoornissen, zal dus nooit groot zijn. In de beschouwing zal ik nog op dit punt terugkomen.

Professioneel handelen

In tabel 3 treft men voor drie van de vier in het monitoringproject onderscheiden seksuele problemen de gegevens aan over het professioneel handelen van de twaalf in het twee jaar durende registratieproject participerende huisartsen. Voor een goed begrip van deze tabel vermeld ik allereerst de cijfers voor het professioneel handelen zoals die voor *alle* 190 827 problemen in het project geregistreerd werden (Lamberts en Hartman, 1982):

- geen (specifieke) behandeling 40,7%,
- medicamenteuze therapie 40,0%,
- psychofarmaca 4,2%,
- psychotherapie 4,1%,
- patiënteneducatie, advies 12,5% en ingrepen 3,2%.

In 3,8% van de problemen vond er een verwijzing plaats buiten de eerstelijns en in 0,2% naar het maatschappelijk werk.

In tabel 3 valt allereerst op dat het beeld over de twee jaren redelijk consistent is.¹ Vervolgens valt er op dat er door huisartsen bij de behandeling van seksuele

1. Lamberts en Hartman (1982) vermelden gespecificeerde gegevens over de interdokter variatie

Tabel 3. *Het huisartsgeneeskundig handelen bij seksuele problemen (actieve populatie N = 21 192); percentages* van alle contacten tijdens het 1e/2e jaar (Lamberts en Hartman, 1982).*

	seksuele problemen zonder relationele problemen 1e (2e) jaar	relationele problemen met seksuele problemen 1e (2e) jaar	problemen met homoseksualiteit 1e (2e) jaar
Therapie			
- geen	45 (37)	25 (31)	24 (56)
- psychofarmaca	2 (5)	4 (8)	- (-)
- psychotherapie	34 (28)	64 (57)	48 (44)
- advies of voorlichting	17 (28)	10 (7)	37 (-)
Verwijzingen			
- maatsch. werk	2 (1)	5 (7)	- (15)
- groep	- (-)	1 (-)	- (-)
- psychiater	- (-)	- (-)	- (-)
- overig AGGZ	2 (2)	3 (1)	9 (-)

* Gezien de mogelijke combinatie van meerdere vormen van geneeskundig handelen bij hetzelfde probleem is het totaal percentage groter dan 100.

problemen weinig gebruik wordt gemaakt van psychofarmaca. Huisartsen behandelen seksuele problemen grotendeels zelf en wel via psychotherapie of voorlichting en advies. Vooral bij seksuele problemen zonder relationele problemen blijft het vaak bij het bespreken en vaststellen van het probleem zonder specifieke behandeling. Uit tabel 2 blijkt gezien de ratio voor herhalingscontacten dat bij dergelijke problemen slechts in de helft van de gevallen sprake is van vervolgschappen. Consulten voor seksuele problemen met relationele problemen worden meestal wel gevolgd door herhalingscontacten. Bovendien vinden bij dergelijke problemen relatief vaak verwijzingen plaats, waarbij het maatschappelijk werk het leeuwendeel voor haar rekening neemt. Dit hangt ongetwijfeld samen met het feit dat in gezondheidscentra samenwerkingsrelaties met maatschappelijk werkers bestaan. De meerderheid van de in het monitoringproject participerende huisartsen zijn werkzaam in gezondheidscentra. Bij solistisch werkzame huisartsen zullen de verwijzingen waarschijnlijk meer plaatsvinden naar consultatiebureaus voor seksualiteitsvragen of de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hoe dan ook, op deze plaats is de belangrijkste constatering dat, hoewel het percentage verwijzingen bij seksuele problemen relatief hoog is, dergelijke problemen grotendeels door huisartsen zelf worden behandeld.

in het professioneel handelen bij de relatief belangrijke diagnosegroep relationele problemen met seksuele problemen. Er zijn onderlinge verschillen tussen de huisartsen, maar de teneur is duidelijk: de overeenkomsten zijn groter dan de verschillen.

Beschouwing

Uit bovenstaande getalsmatige benadering valt globaal het volgende beeld te destilleren. In hun totaliteit bezien komen seksuele problemen tamelijk frequent voor in de huisartspraktijk. Er bestaat echter nog geen eenduidig beeld over de prevalenties. Er zijn geen aanwijzingen voor een toename van het aantal seksuele problemen, dat aan huisartsen gepresenteerd is in het afgelopen decennium. De ervaring van een huisarts met iedere specifieke seksuele stoornis op zichzelf zal waarschijnlijk niet groot zijn. Huisartsen behandelen seksuele problemen meestal zelf en wel via psychotherapie, voorlichting en advies, of 'simpelweg' luisteren.

Enkele aspecten vragen om een nadere beschouwing. Vergeleken met de categorale instellingen leveren huisartsen getalsmatig gezien een belangrijke bijdrage aan de hulpverlening bij seksuele problemen. Hoewel het percentage verwijzingen vergeleken met het algemene huisartsgeneeskundig handelen betrekkelijk hoog is, behandelen huisartsen de meeste seksuele problemen zelf. En dit terwijl hun specifieke deskundigheid niet groot zal zijn. Deze deskundigheid zal in ieder geval niet opgebouwd kunnen worden door een rijke ervaring met alle onderscheiden seksuele stoornissen en problemen. Deze ogenschijnlijk paradoxale constatering zal huisartsen niet vreemd voorkomen, maar bij meer gespecialiseerde hulpverleners en deskundigen wellicht twijfels oproepen ten aanzien van de kwaliteit van de betreffende hulpverlening door huisartsen. Men dient hierbij echter de betekenis van de huisartsgeneeskundige hulpverlening in ogenschouw te nemen. Deze ligt niet op het terrein van het ontwikkelen en uitvoeren van gestructureerde psycho- of relatietherapieën. In tegendeel, de uitbreiding van het professioneel handelen in een dergelijke richting stuit niet alleen op een groot aantal praktische bezwaren, maar kan ook aanleiding vormen voor rolverwarring bij patiënt en huisarts. De betekenis van huisartsen bij de seksuologische hulpverlening ligt veeleer op een ander gebied en daar ligt ook de kracht van die hulpverlening. Huisartsen zullen seksuele problemen, gelijk alle andere problemen waar zij mee te maken krijgen, als generalist benaderen vanuit een integrale, levensloopgeneeskundige en gezinsgeneeskundige visie. Dit is niet zo maar een theoretisch concept. Een dergelijke visie wordt voortdurend gevoed vanuit een continue en persoonlijke hulpverleningsrelatie, die met name bij de eerste opvang en interpretatie van seksuele problemen van groot belang is. Dat betekent, dat vele patiënten er al bij gebaat zijn seksuele problemen louter te melden aan of te bespreken met hun huisarts. Dit verleent de klacht de status van een probleem en dat maakt het voor de patiënt mogelijk nader te bezien in hoeverre er behoefte bestaat aan concrete hulp bij het oplossen van het probleem. In het voortdurende

onderhandelingsproces dat zich tussen patiënt en huisarts afspeelt over de meest passende benadering van het probleem wordt duidelijk of die hulp van de huisarts verwacht kan worden of dat men het elders, binnen of buiten de professionele hulpverlening, kan of moet zoeken.

Bij het adequaat hanteren van een dergelijke benadering van seksuele problemen heeft de huisarts niet zozeer behoefte aan gespecialiseerde seksuologische deskundigheid, maar eerder aan vaardigheid in het methodisch werken, waarbij het verhelderen van de hulpvraag een belangrijke plaats inneemt. Voorts dient de huisarts te beschikken over kennis van het natuurlijke beloop van seksuele klachten, problemen en stoornissen. Vanuit die kennis zullen seksuele problemen in eerste instantie geplaatst worden in de levensfase en het leefmilieu van de betrokken patiënt(en). Vertrouwend op de spontane genezingstendens die de meeste problemen, waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, in zich dragen, zal men in de huisartspraktijk ook bij seksuele problemen nogal eens een afwachtende, louter op verheldering gerichte aanpak volgen.

Deze globale schets van de betekenis van huisartsen bij de hulpverlening op seksuologisch gebied vindt steun in de cijfers die in dit artikel met betrekking tot die hulpverlening gepresenteerd werden. Ik ben me ervan bewust dat de gevolgde benadering en interpretatie vele aspecten onvoldoende tot hun recht doen komen. Een discussie biedt daar mogelijkterwijs wel gelegenheid toe.

Literatuur

- Boswinkel, R., Statistieken eerstelijns maatschappelijke dienstverlening. *Sociaal-cultureel kwartaalbericht CBS*, 1982, 4 (4), 51-79.
- Frenken, J., Het voorkomen van seksuele problemen in man-vrouw relaties. In: J. Frenken (red.), *Seksuologie, een interdisciplinaire benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Hodgkin, K., *Towards earlier diagnosis in primary care*. Londen: Churchill Livingstone, 1978.
- Lamberts, H., De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (II). *Huisarts en Wetenschap*, 1975, 18, 7-39.
- Lamberts, H., Primary health care monitoring project. *Huisarts en Wetenschap*, 1980, 23, 293-304.
- Lamberts, H., Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 1982, 25, 401-414.
- Lamberts, H., B. Hartman, Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk 2. *Huisarts en Wetenschap*, 1982, 25, 376-388.
- Meijman, F.J., De huisarts, de normen en de seks. *Huisarts en Wetenschap*, 1982a, 25, 152-155.
- Meijman, F.J., Spreekuurregistratie in de studentengezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1982b, 19, 535-543.

Moors, J., M. Moors-Mommers, I. Andersen, e.a., *Helpen bij seksuele moeilijkheden*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Oliemans, A.P., *Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

Velden, H.G.M. van der, Uit de praktijk. In: J. Moors e.a. (red.), *Helpen bij seksuele moeilijkheden*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Summary

A quantitative outline of sexual problems in general medical practice

A quantitative outline of sexual problems in general practice has been made on account of data from the general practitioners literature.

It appears that sexual problems are all together quite frequently registered, but that there is no unanimous opinion about prevalence.

There are no indications for an increase of prevalence during the last decennium. The many distinguished sexual disorders are just incidental events for general practitioners.

The significance of the general practitioners approach of sexual problems is not so much apparent in specific treatments as in an integral approach, directed to indentifying problems. This idea is supported by the available figures concerning the occupational way of acting in general practice.

General practitioners appear to treat sexual problems mostly by themselves by means of psychotherapy, counselling and advice or just listening.