

SEKSUELE PROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK^o

L. Wigersma*

In het kader van een promotie-onderzoek is gedurende een jaar in 11 Amsterdamse huisartspraktijken onderzoek verricht naar de prevalentie, de aard en het verloop van verschillende seksuele problemen in de huisartspraktijk en naar het huisartsgeneeskundig handelen bij deze problemen. Uit het onderzoek blijkt dat er bijna 5 seksuele problemen per jaar per 1000 patiënten worden gepresenteerd. Verminderd seksueel verlangen – inclusief impotentie – komt het meest voor, op afstand gevolgd door verminderde seksuele bevrediging en dyspareunie. Problemen in verband met seksuele voorkeur worden zelden gepresenteerd. Bij het medisch handelen ligt sterk de nadruk op het gesprek. Er wordt zeer weinig medicatie voorgeschreven en in bijna een vijfde van de gevallen wordt verwezen. Er zijn gezien de aard van de problemen betrekkelijk weinig vervolggconsulten. De aanvankelijke diagnose blijft in de follow-up vrijwel altijd onveranderd.

Seksuele problemen zijn delicate, vaak moeilijk te verwoorden en te bespreken problemen. Ook hebben ze, terecht of ten onrechte, de naam moeilijk behandelbaar te zijn.

Patiënten die professionele hulp vragen voor seksuele problemen, komen gewoonlijk bij de huisarts (Wigersma, 1990). Meestal blijft het daarbij. Tussen de 5 en 15% van de patiënten wordt doorverwezen (Lamberts, 1984, 1987 en suppl.; Wigersma, 1990). De voornaamste cijfers over het vóórkomen van seksuele problemen in de huisartspraktijk zijn verkregen via diverse morbiditeitsonderzoeken in een groot aantal praktijken, waarbij aselect alle morbiditeit werd geregistreerd. In deze onderzoeken zijn de seksuele problemen niet steeds in categorieën onderverdeeld. De gegevens zijn vermeld in tabel 1 (Hodgkin, 1978; Lamberts, 1975, 1984, 1987 en suppl).

Via een indirecte methode (het ondervragen van huisartsen) is een indruk verkregen over het vóórkomen van diverse specifieke problemen (Frenken, 1988). Ook deze gegevens zijn vermeld in tabel 1. Frenken vroeg 137 huisartsen naar de geschatte prevalentie van seksuele problemen in hun praktijk gedurende de afgelopen 7 dagen. De huisartsen kregen 16 probleemcategorieën voorgelegd waarin zij deze problemen konden indelen. Dergelijke schattingen zijn weinig betrouwbaar en valide (De Jong-Gierveld en van der Zouwen, 1987). Enkele hoog scorende categorieën kunnen bovendien zeker niet in hun geheel als seksuele problemen worden aange-merkt, zoals uit het onderschrift bij de tabel kan worden geconcludeerd.

* Dr L. Wigersma, huisarts. Univ. docent Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam. Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

^o Geaccepteerd voor publikatie 2 april 1991.

Tabel 1. Prevalentie van seksuele problemen in huisartspraktijken per 1000 patiënten per jaar, volgens verschillende onderzoeken.

	Lamberts 1975	Hodgkin 1978	Lamberts 1984	1987	Frenken 1988
Impotentie	2.0	0.8			0.9
Anorgasmie	2.0				0.9
Libidoverlies	6.0	0.5			3.2
Problemen met seksuele voorkeur	1.0	0.3	0.4		0.3
Overige seksuele problemen	10.0	0.7			19.7*
Seksuele problemen			3.2	2.7	
Relatieproblemen met seksuele problemen			8.4		
Dyspareunie M + V					2.6
Niet-psychogene dyspareunie, vrouw			0.8	1.0	0.9
Niet-psychogene dysfuncties, man				0.7	

* Hierbij zijn inbegrepen:

- vragen, onzekerheid en ongerustheid over masturbatie, anticonceptie, penisgrootte, ongewenste zwangerschap, coïtushouding, seks bij zwangerschap en tijdens menstruatie (prevalentie 12.1)
- seksuele problemen in veronderstelde samenhang met anticonceptie (prevalentie 3.4)
- andere seksuele behoefte dan de partner; seksuele onvrede t.o.v. de partner (prevalentie 2.9)

Niet praktijkgebonden onderzoek naar seksuele problemen in de bevolking in Nederland is verricht via enquêtes en interviews. Het betreft niet-representatieve onderzoeken, die de belangrijke leeftijdsgroepen 15-24 en/of ouder dan 55 jaar uitsluiten en niet alle sociale klassen betreffen (Frenken, 1976; Klem, Frenken en Vennix, 1983; Vennix, 1985, 1989). Dergelijk onderzoek brengt uiteraard veel meer problematiek aan het licht dan die welke aan de hulpverlening wordt gepresenteerd (Lamberts, 1982; McWhinney, 1981; Van de Lisdonk, 1985; Fraser, 1987; Markus, 1989). Daarom zijn de gegevens uit deze onderzoeken niet bruikbaar in verband met de prevalentie in de huisartspraktijk.

Naar het medisch handelen bij de afzonderlijke seksuele problemen in de huisartspraktijk is in Nederland weinig betrouwbaar onderzoek – d.w.z. door middel van consultregistratie – verricht. De beschikbare gegevens zijn te summier voor gefundeerde uitspraken. Over de kwaliteit van het handelen van huisartsen op dit gebied kan derhalve niet goed een oordeel worden geveld. Niettemin wordt daar vaak en vooral in negatieve zin aan gerefereerd, o.a. door Frenken et al. (1988). Om het medisch handelen gekoppeld aan diverse specifieke seksuele problemen, en tevens het verloop van de hulpverleningscontacten in de tijd te kunnen beschrijven, is gedetailleerd onderzoek verricht in een aantal Amsterdamse huisartspraktijken. De vraagstelling luidde:

1. Welke is de aard, de duur en het verloop van episoden betreffende seksuele problemen in de huisartspraktijk?
2. Hoe is het medisch handelen van huisartsen in samenhang met deze episoden?

Methode

Elf Amsterdamse huisartspraktijken met een totale populatie van 23510 patiënten (11883 vrouwen, 11627 mannen) werden gerecruiteerd uit het bestand van het Amsterdamse Peilstationproject, een verzameling van 30 goed over de stad verspreide praktijken waar jaarlijks een aantal klachten en ziekten wordt geregistreerd. Voor deelname aan dit onderzoek meldden de betreffende huisartsen zich vrijwillig aan. Ook deze praktijken zijn goed verspreid over de stad; de patiëntenpopulatie is qua leeftijd en geslacht nagenoeg representatief voor de Amsterdamse bevolking. Gedurende heel 1987 werden in deze praktijken alle episoden van seksuele problemen geregistreerd. Een episode betreft een gezondheidsprobleem, beschouwd vanaf het moment dat de patiënt het aan de huisarts voorlegt, tot de beëindiging van de geneeskundige bemoeienis omdat het probleem is opgelost of niet langer geneeskundige hulp behoeft. De registratie omvatte de klacht (ook wel contactreden genoemd), de diagnose en interventies van alle tot de episode behorende consulten. De gegevens werden centraal door de onderzoeker gecodeerd en geanalyseerd. De resultaten zijn onder meer vergeleken met die uit het Transitieproject, de meest recente volledige registratie van alle episoden in een groot aantal Nederlandse huisartspraktijken (Lambert, 1987 en suppl.). De frequentie van de contactredenen wordt met de term incidentie (nieuw opgetreden klachten) en die van diagnoses met de term prevalentie (het totaal aantal eindiagnosen) aangeduid.

Tabel 2. Verdeling van de twee grootste groepen seksuele problemen over geslachten en leeftijdsgroepen

Verminderd seksueel verlangen, inclusief impotentie*

Leeftijdsgroep	MANNEN			VROUWEN		
	N	%	Incidentie per 1000	N	%	Incidentie per 1000
20-24	1	3	1.0	6	21	5.4
25-34	5	15	1.8	6	21	2.7
35-44	2	6	1.0	7	25	4.3
45-54	2	6	1.6	7	25	5.8
55-64	6	18	5.4	2	7	1.4
>64	17	52	12.3	—	—	—
Totaal	33	100	2.8	28	100	2.4

Verminderde seksuele bevrediging, inclusief dyspareunie*

Leeftijdsgroep	MANNEN			VROUWEN		
	N	%	Incidentie per 1000	N	%	Incidentie per 1000
15-19	1	5	1.6	2	5	2.9
20-24	—	—	—	4	10	3.6
25-34	5	24	1.8	14	36	6.3
35-44	4	19	1.9	10	26	6.1
45-54	4	19	3.1	4	10	3.3
55-64	4	19	3.4	2	5	1.4
> 64	3	14	2.2	3	8	1.4
Totaal	21	100	1.8	39	100	3.3

* impotentie en dyspareunie zijn niet per definitie aan deze categorieën gebonden, maar zijn wel als subcode ervan genoteerd.

Resultaten

Vóórkomen en medisch handelen

Tabel 2 toont de leeftijds/geslachtsverdeling van de belangrijkste contactredenen op dit gebied. Verminderd seksueel verlangen, in deze registratie inclusief impotentie, werd bij mannen vooral in de hoge leeftijdsgroepen redelijk vaak als klacht geuit. Bij vrouwen was de verdeling geheel anders.

De verdeling bij verminderde seksuele bevrediging verschilde van die bij verminderd seksueel verlangen.

De leeftijdsverdeling van de seksuele problemen (contactredenen) tezamen was gedeeltelijk anders dan in het Transitieproject (tabel 3). Dat gold vooral de mannen: de hoogste leeftijdsgroep was in dit onderzoek sterker vertegenwoordigd dan in het Transitieproject. Bij vrouwen kwam de verdeling redelijk overeen.

Tabel 3. Leeftijds/geslachtsverdeling van seksuele problemen (contactredenen): vergelijking met het Transitieproject. Aantallen (%)

Leeftijdsgroep	Dit onderzoek N=121		Transitieproject N=64	
	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Mannen (%)	Vrouwen (%)
15-24	2 (4)	12 (18)	3 (8)	7 (26)
25-44	16 (30)	37 (55)	14 (38)	13 (48)
45-64	16 (30)	15 (22)	15 (38)	7 (26)
> 64	20 (37)	3 (4)	5 (14)	- -
Totaal	54	67	37	27

De incidentie van seksuele problemen (als contactreden) en de prevalentie (diagnosen) in dit onderzoek is vermeld in tabel 4.

Tabel 4. Seksuele problemen als contactreden (links) en als diagnose (rechts). Aantallen en incidentie resp. prevalentie per 1000 patiënten per jaar.

Contactreden	N	Incidentie	Diagnose	N	Prevalentie
Verminderd seksueel verlangen	57	2.5	Verminderd seksueel verlangen	41	1.7
Verminderde seksuele bevrediging	29	1.2	Partnerrelatieprobleem	27	1.1
Dyspareunie	23	1.0	Dyspareunie	26	1.1
Partner heeft geen zin in vrijen	8	0.3	Verminderde seksuele bevrediging	16	0.7
Problemen met seksuele voorkeur	5	0.2	Problemen met seksuele voorkeur	5	0.2

De prevalentiecijfers vallen lager uit dan de incidentiecijfers, omdat een patiënt soms meerdere contactredenen tegelijk heeft die toch slechts tot 1 diagnose leiden, en omdat een deel van de contactredenen onder andere titels wordt "afgeboekt" (bijvoorbeeld als depressie of vaginitis).

Tabel 5. Handelingen bij seksuele problemen (contactredenen), in percentages van het aantal contact-redenen

	Percentage handelingen bij nieuwe klacht*				
	VSV	D	VSB	REST/PSV	ALLE
Aantal**:	41	19	21	11	93
Lichamelijk onderzoek	38	74	29	18	42
Microbiologische test		21	14		8
Bloedonderzoek	2		5		2
Voorlichting	48	74	29	82	53
Hulpvraagbespreking	85	79	81	100	73
Medicatie	7	32		27	13
Therapeutisch counselen	39	32	33	36	35
Verwijzingen:					
Maatschappelijk werker	5				2
Psychotherapeut	2				1
Seksuoloog	9	5	5		6
Psychiater/Riagg	7				3
Andere specialist		5	5		2
Andere verwijzing			10		2

* VSV: verminderd seksueel verlangen. D: dyspareunie. VSB: verminderde seksuele bevrediging. REST: Overige orgasmeklachten. PSV: problemen met seksuele voorkeur.

** De aantallen zijn lager dan die in tabel 4, omdat hier alleen volledige registraties zijn gebruikt.

Tabel 5 toont de handelingen bij de belangrijkste contactredenen in percentages van het aantal contactredenen. Alleen bij dyspareunie werd veel lichamelijk onderzoek verricht. Deze klacht werd voornamelijk door vrouwen naar voren gebracht. Laboratoriumonderzoek vond vrijwel niet plaats. Er werd veel voorgelicht. Probleemverheldering en/of bespreking van de hulpvraag was bij deze klachten nagenoeg een vast onderdeel. Medicatie werd betrekkelijk zelden verstrekt; het meest nog bij dyspareunie. Er werd in ruim een derde der gevallen therapeutisch gecounseld. Ook waren er betrekkelijk veel verwijzingen: in totaal 16 op 93 nieuwe contactredenen (17%).

Verloop van episoden

Uit tabel 6 blijkt, dat de contactreden "verminderd seksueel verlangen" in 68% der gevallen leidt tot de diagnose met dezelfde titel, in 9% der gevallen tot de diagnose partnerrelatie-probleem en in 25% van de gevallen tot andere diagnoses. Tevens blijkt dat van de episoden met als einddiagnose "verminderd seksueel verlangen" 95% onder dezelfde titel is begonnen.

Tabel 6. De diagnoses horend bij de nieuwe contactreden "verminderd seksueel verlangen" (links) en de contactredenen die leiden tot de einddiagnose "verminderd seksueel verlangen" (rechts)

	Einddiagnosen van contactreden "verminderd seksueel verlangen" (N=57). Aantallen en percentages		Oorspronkelijke contactredenen bij einddiagnose "verminderd seksueel verlangen" (N=41). Aantallen en percentages		
	N	%	N	%	
Bijwerking geneesmiddel	1	2	Herseneninfarct	1	2
Angstig/nervus gevoel	2	4	Verminderd seksueel verlangen	39	95
Verminderd seksueel verlangen	39	68	Pijn bij het plassen	1	2
Dyspareunie	1	2			
Verminderde seks. bevrediging	1	2			
Andere psychische problemen	4	8			
Aandoeningen vr. genitalia	2	2			
Potentieproblemen	2	4			
Partnerrelatie-probleem	5	9			

De klacht "dyspareunie" leidt in twee derde der gevallen tot de diagnose dyspareunie en berust verder op genitale aandoeningen. De klacht "verminderde seksuele bevrediging" leidt in 50% tot de diagnose met dezelfde titel, en in meer dan een kwart der gevallen tot de diagnose relatieprobleem.

Bij de einddiagnosen dyspareunie en verminderde seksuele bevrediging begonnen de episoden in 90% der gevallen onder dezelfde titel. De diagnose partnerrelatieprobleem heeft een zeer bonte herkomst waarin alleen de contactreden verminderde seksuele bevrediging zich met een aandeel van 33% enigszins onderscheidt.

In het verloop van episoden laten de diagnoses "verminderd seksueel verlangen", "dyspareunie", "verminderde seksuele bevrediging" en "partnerrelatieprobleem" weinig mutaties zien. Tussen het eerste en het tweede consult muteren twee diagnoses (2%). Het aantal tweede consulten bij de eerste drie titels ligt tussen de 20 en 30% van het aantal eerste consulten; dit percentage is bij de diagnose partnerrelatieprobleem duidelijk lager (12,5%). Slechts vijfmaal (5% van alle eerste diagnoses) komt een derde, en eenmaal een vierde consult voor; hierbij zijn geen diagnoses gemuteerd.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt het volgende. Verminderd seksueel verlangen (hier inclusief impotentie) komt het meest voor, gevolgd door verminderde seksuele bevrediging en dyspareunie. Impotentie komt het meest voor bij mannen boven de 55, maar vooral boven de 65 jaar. Orgasme problemen bij mannen komen iets meer voor tussen 45 en 65 jaar dan in andere leeftijdsgroepen. Verminderd seksueel verlangen bij vrouwen is grillig verdeeld over de leeftijdsgroepen en komt als klacht in de huisartspraktijk het minst voor bij 25-34 jarigen en boven de 65 jaar. De reden daarvan is niet

duidelijk. Dyspareunie maakt een belangrijk deel uit van de seksuele problemen bij vrouwen, met een top tussen de 25 en 45 jaar. Dit is waarschijnlijk te wijten aan vaginale aandoeningen en klachten.

De totale prevalentie van seksuele problemen in dit onderzoek was iets hoger dan die welke in het Transitieproject werd gevonden: 4,8 tegen 4,4 per 1000 patiënten per jaar. Dit zeer bescheiden verschil kan wellicht verklaard worden door het feit dat in ons onderzoek expliciet aandacht werd besteed aan seksuele problemen, en/of door de kans dat in onze populatie wat meer seksuele problemen voorkwamen. Duidelijk is echter, dat selectieve aandacht voor en registratie van seksuele problemen niet of nauwelijks gepaard gaan met het signaleren van een hogere morbiditeit dan die welke gemeten wordt in aselechte morbiditeitsonderzoeken.

Bij seksuele problemen wordt weinig somatisch gehandeld, behalve bij dyspareunie. De nadruk ligt op een gespreksmatige aanpak: het bespreken van de hulpvraag, het geven van voorlichting, en therapeutisch counselen. Medicatie wordt, behalve bij (somatische oorzaken van) dyspareunie, zelden gegeven. Men verwijst betrekkelijk vaak: 17% van alle contactredenen, tegenover 6,25% in het Transitieproject (Lamberts et al., 1987 en suppl.). Dit verschil kan wellicht verklaard worden uit het feit dat er in Amsterdam zeer veel gespecialiseerde voorzieningen zijn voor psychologische en seksuologische hulp, iets dat voor de populatie van het Transitieproject in mindere mate opgaat. De contactredenen "verminderd seksueel verlangen", "dyspareunie" en "verminderde seksuele bevrediging" blijven in een groot aantal gevallen onder dezelfde titel als diagnose gehandhaafd. De einddiagnose partnerrelatieprobleem heeft een zeer bonte herkomst.

Wat het verloop van de diagnoses binnen episoden betreft, blijkt dat er zeer weinig mutaties zijn: het zijn alle stabiele diagnoses. Het aantal follow-up consulten met dezelfde diagnose is bij seksuele problemen 20-30% en bij partnerrelatieprobleem 12%. Hierbij dient aangetekend te worden dat de huisartsen in de meeste gevallen zelf een vervolgsconsult voorstelden. Ter vergelijking: in grote huisartsmorbiditeitsonderzoeken is de gemiddelde follow-up (alle diagnoses) in de orde van grootte van 25-30% (Lamberts et al., 1987 en suppl.).

Uit dit onderzoek kan worden opgemaakt dat huisartsen alert zijn op seksuele problematiek, en dat de huisartsgeneeskundige seksuologische hulpverlening vooral gekenmerkt wordt door een gespreksmatige aanpak en een hoger aantal verwijzingen dan het gemiddelde verwijscijfer. Uit het verloop van episoden kan worden opgemaakt dat veel seksuele problemen, los van hun aard of ernst, eenmalig aan de orde komen, ongeacht het feit dat de huisarts meestal een vervolgsconsult voorstelt.

Literatuur

- Fraser, R.C. (1987). *Clinical method. A general practice approach*. Butterworths, London.
- Frenken, J. (1976). *Afkeer van seksualiteit; sociaal-seksuologisch onderzoek onder 600 gehuwden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Frenken J., K. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hodgkin, K. (1978). *Towards earlier diagnosis in primary care*. Churchill Livingstone, London.

- Jong-Gierveld, J. de en J. van der Zouwen (1987). *De vragenlijst in het sociaal onderzoek*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Klem, B., J. Frenken en P. Vennix (1983). *Onvrede in relaties; een onderzoek onder 650 gehuwden*. NISSO, Zeist.
- Lamberts, H. (1975). De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 18: 7-39.
- Lamberts, H. en B. Hartman (1982). Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 25: 333-342 en 376-388.
- Lamberts, H. (1984). *Morbidity in general practice*. Huisartsenpers, Utrecht.
- Lamberts, H., H.J. Brouwer, A.S.M. Groen en H. Huisman (1987 en suppl.) Het transitie-model in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 30: 105-113.
- Lisdonk, E. van de (1985). *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* (Academisch proefschrift). Katholieke Universiteit, Nijmegen.
- Markus, A.C., C. Murray Parkes, P. Tomson en M. Johnston (1989). *Psychological problems in general practice*. Oxford University Press, Oxford.
- McWhinney, I.R. (1981). *An introduction to family medicine*. Oxford University Press, Oxford.
- Vennix, P. (1985). *Ontwikkelingen in heteroseksuele relaties*. NISSO, Zeist.
- Vennix, P. (1989). *Seks en sexe*. Eburon/NISSO, Delft.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit* (Academisch proefschrift). Meditekst, Lelystad.

Summary

Sexual problems in general practice

As part of a research project we studied the prevalence, the character and the course of sexual problems in 11 general practices in Amsterdam and the management of these problems by general practitioners. The prevalence is almost 5 per 1000 patients per year. Problems with sexual desire, including impotence, are the most common sexual problems, followed by sexual satisfaction problems and dyspareunia. Sexual preference problems are rarely presented. Emphasis in the management of sexual problems lies on counseling and education. Little technical diagnosis and treatment is given. Almost 20% of the patients are referred to specialized care. Regarding the character of these problems there are few follow-up encounters. The diagnoses are stable in the course of episodes.