

EEN TYPOLOGIE VAN HUISARTSEN MET BETREKKING TOT SEKSUELE HULPVERLENING^o

Jos Frenken*

Een willekeurige selectie van Nederlandse huisartsen (N=137) en een selecte groep van 50 huisartsen welke een uitgebreide seksuologie-nascholing hadden gevolgd werden geïnterviewd. Onderwerpen waren: het aantal patiënten met seksuele klachten in de afgelopen week, hun taakopvatting betreffende het helpen bij seksuele problemen, de belemmeringen die zij ervaarden bij de hulpverlening en hun seksuele kennis, counselings mogelijkheden en seksuele attitudes. Met een hiërarchische clusteranalyse procedure werden vier "typen" huisartsen ontdekt: de voorlopers (17%), de achterblijvers (18%), het ambivalente type (31%), en het terughoudende type (34%).

Gedurende het laatste decennium zijn er enkele onderzoeken verricht naar het aanbod van seksuele problemen in de huisartspraktijk (Ormel en Giel, 1983; Lamberts en Hartman, 1982; Meyman, 1983; Wigersma, 1990; Broekman, 1991). Het ontbreekt echter - ook in de buitenlandse literatuur - aan empirisch onderzoek waarin de prevalentie van seksuele klachten bestudeerd wordt in samenhang met de wijze waarop die behandeld worden, de praktische en persoonlijk-emotionele belemmeringen die de huisarts daarbij ondervindt, de taakopvatting van de huisarts met betrekking tot helpen bij seksuele moeilijkheden en de rol die seksuologische kennis, vaardigheden en de eigen seksuele attitudes spelen in het hulpverleningsproces. Uit het eerder gepubliceerd onderzoek dat wij naar deze aspecten verrichten (Frenken e.a., 1988) bleek dat huisartsen op al deze variabelen sterk van elkaar verschilden. Maar het loutere beschrijven van deze verschillen biedt nog geen inzicht in de samenhang tussen die variabelen. In dit artikel worden de onderzoeksresultaten met betrekking tot de genoemde variabelen op een inzichtelijke manier met elkaar in verband gebracht door een empirische typologie te ontwikkelen van huisartsen in verband met seksuele hulpverlening. De onderzoeksvraag luidt: zijn er typen huisartsen te onderscheiden met betrekking tot seksuele hulpverlening waarin de genoemde variabelen in hun onderlinge samenhang betekenis krijgen?

* Prof.Dr. J. Frenken, psycholoog, hoogleraar seksuologie Academisch Ziekenhuis Leiden en verbonden aan het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht.

^o Geaccepteerd voor publicatie 10 maart 1993.

Methode

Er werd gekozen voor een interviewstudie onder een landelijk representatieve steekproef huisartsen. Daartoe werden willekeurig 165 huisartsen gekozen uit het adressenbestand van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. 80% van de aangezochte huisartsen (N=137) bleek bereid te zijn deel te nemen aan een interview aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. 20% deed niet mee wegens tijdgebrek en een zekere interviewmoeheid. Voorts werden 50 huisartsen geïnterviewd die een nascholingscursus van het Nederlands Huisartsen Genootschap hadden gevolgd van 10 halve dagen die gericht was op hulpverlening bij seksuele problemen in de huisartspraktijk (Moors e.a., 1979). Onder deze aangezochten was geen non-response. De interviews, met een duur van 1,5 tot 2 uur, werden afgenomen door 10 vrouwelijke klinische psychologen of maatschappelijk werksters, allen met ervaring in de seksuologische hulpverlening.

Respondenten

De persoonskenmerken van de geïnterviewde huisartsen komen globaal overeen met hetgeen er over Nederlandse huisartsen in het algemeen bekend is. 7% van de ondervraagden waren vrouwen. Gemiddeld genomen waren de respondenten elf jaar werkzaam als huisarts en hun praktijkgrootte lag gemiddeld rond de 2.900 ingeschreven patiënten. 60% werkte solistisch, een derde deel werkte in een groepspraktijk en de rest (6%) was verbonden aan een gezondheidscentrum. Bijna de helft van de respondenten gaf aan geen godsdienstige overtuiging te hebben, ruim een kwart was rooms-katholiek, 18% protestant-christelijk en de rest had een andere levensbeschouwing. De groep geïnterviewde NHG-cursisten omvatte iets meer vrouwen (13%), minder artsen ouder dan 45 jaar (17%) en was gemiddeld acht jaar werkzaam. De cursisten waren overwegend onkerkelijk, wat minder vaak solistisch (52%) en wat vaker werkzaam in een gezondheidscentrum (10%).

Procedure

In de verklarende statistiek bestaat een methode om typen respondenten van elkaar te onderscheiden op basis van de gegeven antwoorden; de zogenaamde hiërarchische clusteranalyse. We kozen voor Ward's Method Error sum of Squares, beschreven in Berkouwer (1978). Het vertrekpunt van zo'n analyse ligt bij een keuze uit de variabelen die de onderzoekers zelf maken teneinde de computer vervolgens de clusters huisartsen te laten opsporen. Een cluster omvat een groep huisartsen die op elkaar lijken met betrekking tot hun scores op de gekozen variabelen en daarin verschillen van andere

groepen huisartsen. Wij hebben vier statistisch onafhankelijke variabelen gekozen om met behulp daarvan de clusteranalyse uit te voeren:

1. het *aantal* patiënten met seksuele voorlichtingsvragen en seksuele problemen dat door de huisarts gedurende de week voorafgaande aan het interview werd gezien. Er waren wat dat betreft grote verschillen tussen artsen uit de willekeurige steekproef. Een kwart zag helemaal niets, 12% zag één patiënt met een vraag of probleem, 28% twee of drie patiënten en 34% vier of meer van zulke patiënten. De NHG-cursisten zagen significant meer patiënten met seksuele problemen ($t=2.06$, $p=.05$; tweezijdig getoetst). Deze variatie is niet puur kansmatig bepaald: naarmate huisartsen die week, bij vermoedens, frequenter naar het eventueel vóórkomen van seksuele moeilijkheden hadden gevraagd - zonder dat de patiënt daar zelf over begon - zagen zij ook daadwerkelijk meer mannelijke, resp. vrouwelijke patiënten met seksuele problemen ($r=.21$, $p=.01$; $r=.36$, $p=.002$, tweezijdig getoetst). Hoe vaker de artsen zeiden *routinematig* naar seksualiteit te vragen bij vage en psychomatische klachten, hoe vaker zij die week ook de bedoelde patiënten zagen ($r=.16$, $p=.05$; $r=.18$, $p=.02$, tweez.). We nemen het aantal van deze geziene patiënten in de cluster analyse op als een indicator voor *openstaan* voor seksuele problematiek.

2. het medisch-seksuologische kennisniveau. De medisch-seksuologische kennistest voor huisartsen van Pacharzina (1979) omvat acht meerkeuze vragen. Van ongeveer één op de tien huisartsen uit de willekeurige steekproef viel het kennisniveau als slecht aan te merken (minder dan drie vragen goed). Van tegen de helft moest dat niveau als onvoldoende worden gekenschetst (3-4 vragen goed). Ongeveer 40% kreeg een voldoende (5-6 vragen goed) en 2% werd als goed gekwalificeerd (7-8 vragen goed). De testscore werd in de clusteranalyse opgenomen als een maat voor het somatisch-seksuologisch kennisniveau. De NHG-cursisten scoorden significant hoger op de kennistest ($t=4.59$, $p=.001$; tweez.).

3. het aantal persoonlijk-emotionele belemmeringen die de huisarts desgevraagd noemde bij het helpen bij seksuele moeilijkheden werd tot een index samengevoegd. Elementen in de index waren: moeite om seksuele problemen tot in details te bespreken (door 40% van de willekeurige steekproef genoemd), een gemis aan handzame taal om gewoon over seksuele zaken te spreken (20%), "mijn eigen seksuele problemen interfereren met helpen op dit gebied" (10%), "ik voel me onzeker wanneer het om seksuele problematiek gaat" (35%) en moeite hebben met het verschil in seksuele gedragingen, normen, waarden en opvatting tussen arts en patiënt (30%). De score op de index werd in de clusteranalyse gebruikt. De NHG-cursisten scoorden niet verschillend op deze index.

4. de mate van permissiviteit of restrictiviteit inzake een aantal aspecten van seksualiteit werd gemeten met een 8-item schaal van Pacharzina (1979). Gevraagd werd naar de attitudes m.b.t. vluchtige seksuele contacten, buitenechtelijke seksualiteit, oraal-genitale seks, het zelfbeslissingsrecht van vrouwen terzake abortus, promiscuïteit van

jongeren, zelfbevrediging en seksuele uitingen van jonge kinderen. 80% van de willekeurige steekproef had permissieve en 20% restrictieve attitudes. De score op de houdingsschaal werd in de clusteranalyse gebruikt. De NHG-cursisten scoorden significant permissiever op deze meting ($t=3.62$, $p=.001$, tweez.).

In de cluster- of typenanalyse werden de huisartsen uit de willekeurige steekproef ($N=137$) en de NHG-cursisten ($N=50$) betrokken. Waarom tevens deze laatste groep die toch enigszins gebiased is door zijn hogere scores op o.a. de bovengenoemde variabelen? De reden daarvoor is dat ik wilde weten in welk cluster of welke clusters de cursisten zich zouden profileren en wat de betekenis is van dat toebehoren tot die typen. Nadat in de clusteranalyse de groepen gevormd zijn, wordt vervolgens het karakteristieke scorepatroon over de 4 variabelen voor elke groep bepaald. Daarna wordt nagegaan in hoeverre de groepen mede beschreven kunnen worden in termen van een aantal variabelen die niet gebruikt werden in de clusteringsprocedure, t.w. de beoordeling van de kwaliteit van het hulpverlenend handelen van de arts door drie onafhankelijke beoordelaars (zie verderop), taakopvatting terzake van seksuele hulpverlening bij psychogene seksuele problemen, de breedte van het behandelingsspectrum van aangeboden seksuele problemen lopend van eenvoudige somatische tot complexe psychogene problemen, de mate van professionele vernieuwingsgezindheid van de arts, het aantal praktische belemmeringen dat hij noemde bij dit helpen, de mate van weerstand die hij zag bij zijn patiënten om seksuele problemen te bespreken en het aantal jaren dat hij of zij werkzaam was. Voor deze zeven variabelen werden zeven indexen geconstrueerd. De beschrijving en interpretatieve karakterisering van een cluster huisartsen in termen van de vier variabelen kan zo ondersteund worden door kennis van de aard van de zeven externe variabelen. Die externe variabelen zijn dan te beschouwen als de condities waaronder een bepaald cluster huisartsen kennelijk relatief frequent voorkomt. Deze nuancering in de interpretatie maakt o.i. ook de theoretische winst uit van typeonderzoek na variabelenonderzoek.

Resultaten

De gevolgde clusteranalytische procedure bood een statistisch best passende oplossing van vier groepen huisartsen. Hieronder volgen de vier typen die werden ontdekt met de benaming die wij eraan hebben gegeven (zie tabel 1). In de tabel hebben wij de cijfermatige gemiddelde scores van de metingen, indexen en tests van elke groep vervangen door omschrijvingen die het niveau aanduiden.

Type 1. De voorlopers

Dit type vertegenwoordigt 17% van het totaal aantal bij de analyse betrokken huisartsenen

en NHG-cursisten. De huisartsen die als voorlopers zijn te kenschetsen worden gekenmerkt door een kwalitatief goede seksuologische hulpverlening en door het zien van veel patiënten met seksuele problemen of vragen. Zij achten het in hoge mate tot hun taak om ook niet-somatisch bepaalde seksuele problemen te behandelen. Zij hebben dan ook het meest brede behandelingsspectrum met betrekking tot seksuele problematiek in vergelijking met andere typen huisartsen. Waarschijnlijk dat zij daarom zoveel weerstanden bij hun patiënten constateren om seksualiteit te bespreken en de problematiek zelf aan te pakken.

Tabel 1. Typen huisartsen met betrekking tot helpen bij seksuele moeilijkheden

	<i>Type 1</i> De voorlopers n=32 (17%)	<i>Type 2</i> De achterblijvers n=33 (18%)	<i>Type 3</i> Het ambivalente type n=58 (31%)	<i>Type 4</i> Het terughoudende type n=64 (34%)
1. Aantal patiënten met seksuele vragen of problemen in een week	zes	een	een	twee
2. Seksuologische kennis	onvoldoende	slecht	voldoende	voldoende
3. Persoonlijke emotionele belemmeringen ervaren	veel	enigermate	zeer veel	weinig
4. Houding t.o.v. seksualiteit	zeer permissief	restrictief	permissief	permissief
<i>Andere gegevens</i>				
1. Beoordeling kwaliteit	ruim voldoende	onvoldoende	voldoende	onvoldoende
2. Taakopvatting seksuele hulpverlening	in aanzienlijke mate	in beperkte mate	in aanzienlijke mate	nauwelijks
3. Behandelingsspectrum	zeer breed	zeer smal	smal	smal
4. Vernieuwingsgezindheid	boven gemiddelde	weinig	matig	matig
5. Praktische belemmeringen	veel	enigermate	veel	weinig
6. Perceptie weerstand bij patiënten zien	veel	enigermate	enigermate	enigermate
7. Aantal jaren werkzaam (in merendeel)	8-14 jr.	20-26 jr.	8-14 jr.	2-8 jr.

Zij worden geconfronteerd met veel praktische belemmeringen, zoals tijdgebrek, maar voeren die niet aan om de seksuele hulpverlening achterwege te laten. Zij onderkennen bij zichzelf veel persoonlijk-emotionele belemmeringen in de omgang met patiënten met seksuele problemen. Het ligt voor de hand dat pas als huisartsen veel patiënten met seksuele problemen zien en ook bereid zijn moeilijker en tijdrovender klachten te behandelen (hun brede behandelingspectrum) zij sterk geconfronteerd zullen worden met eigen belemmeringen en weerstanden bij de patiënt. Opvallend is dat de voorlopers wat betreft kennis "onvoldoende" scoren. Hieruit blijkt dat kennis als geïsoleerde factor niet bepalend is voor de verhoudingsgewijs hoge kwaliteit van hun hulpverlenend handelen. Daarbij dient nog te worden opgemerkt dat de kennistest betrekking heeft op strict *medisch*-seksuologische kwesties. Vernieuwingsgezindheid, zoals we die gemeten hebben met een gewogen score gebaseerd op vragen over het bijhouden van seksuologische kennis, psychosociale kennis en vaardigheden en vakkennis in het algemeen, komt in dit type op prominente wijze naar voren. Kortom het elan en de interesse waarmee een huisarts zijn/haar patiënten en het vak tegemoet treedt, zijn van grotere betekenis dan somatische kennis. In dit type troffen wij verhoudingsgewijs de meeste NHG-cursisten aan: 27 van de 50 cursisten behoren tot dit type en maken daar de meerderheid van uit (84%).

Type 2. De achterblijvers

Dit type - 18% van de ondervraagden - ligt aan het andere einde van het continuüm en vormt dus het duidelijkste contrast met het eerste. Degenen die ertoe behoren worden het laagst beoordeeld wat de kwaliteit van hun seksuele hulpverlening betreft. Hoe werd dat vastgesteld? De ondervraagde huisartsen werden uitgenodigd om een beschrijving te geven van de werkwijze die zij gewoonlijk volgden wanneer patiënten seksuele problemen aanboden. Een aanbod onderwerpen werd daarbij o.a. ter sprake gebracht: brengt de arts structuur aan in het consult; methodisch werken?, welke zijn de essentiële vragen die gesteld worden?, hanteert hij/zij een diagnose-recept model of een open luister-model?, doet de arts aan verhelderen, voorlichten, geruststellen, geeft hij/zij op verandering gerichte adviezen?, stimuleert hij/zij het probleem-oplossend vermogen van de patiënt?, hoe hanteert hij/zij de arts-patiëntrelatie? De verbatim teksten werden voorgelegd aan drie beoordelaars: een huisarts gespecialiseerd in de seksuologie, een huisartsgeneeskundig onderzoeker en deze auteur. Aan de hand van een lijst van 30 criteria (Frenken e.a., 1988, p. 105) werden de gesprekfragmenten blind beoordeeld. Wat niet besproken werd, werd niet beoordeeld. De beoordelaars - hun inter-rater betrouwbaarheid was ruim voldoende - gaven hun totaaloordeel weer op een vijfpuntsschaal variërend van slecht (=1) tot zeer goed (=5). Welnu, het type achterblijvers kreeg een gemiddelde score van 2, d.w.z. "onvoldoende". Zij zien weinig patiënten met seksuele klachten en hun arsenaal aan

therapeutische mogelijkheden is snel uitgeput; hun behandelingsspectrum is zeer smal. Deze artsen hebben restrictieve opvattingen over seksualiteit. Gevoegd bij een gebrek aan medisch-seksuologische kennis zal zo'n negatieve seksuele attitude gemakkelijk leiden tot het veronachtzamen van seksuele problematiek en tot weerstand om deze problemen te behandelen. Ze zijn aan de oudere kant en tonen zich het minst vernieuwingsgezind. Men vindt er geen NHG-cursisten onder.

Tussen de twee uitersten van type 1 - de voorlopers - en type 2 - de achterblijvers - zijn twee andere, meer modale typen aan te wijzen, die tezamen tweederde deel van de respondenten vertegenwoordigen.

Type 3. Het ambivalente type

Het ambivalente type vertegenwoordigt bijna een derde deel van de respondenten. De huisartsen die ertoe behoren ervaren in zekere zin een conflict. Aan de ene kant hebben zij een zeer positieve taakopvatting en vinden zij dat allerlei seksuele klachten bij de huisarts thuishoren, maar aan de andere kant worden zij gehinderd door bijzonder veel praktische en emotionele belemmeringen. Zij ervaren dus een dissonantie tussen wat zij volgens zichzelf behoren te doen en wat ze praktisch en emotioneel aankunnen. Vermoedelijk reduceren deze artsen hun dissonantie door de ogen te sluiten voor patiënten met seksuele moeilijkheden: zij blijken althans maar weinig van deze patiënten te hebben gezien in de week voorafgaande aan het interview. Meer dan een kwart van de respondenten (17 of 29%) in dit type behoort tot de NHG-cursisten. Vermoedelijk kozen zij ervoor deze nascholingscursus te volgen om de discrepantie tussen "behoren" en "niet aankunnen" te reduceren.

Type 4. Het terughoudende type

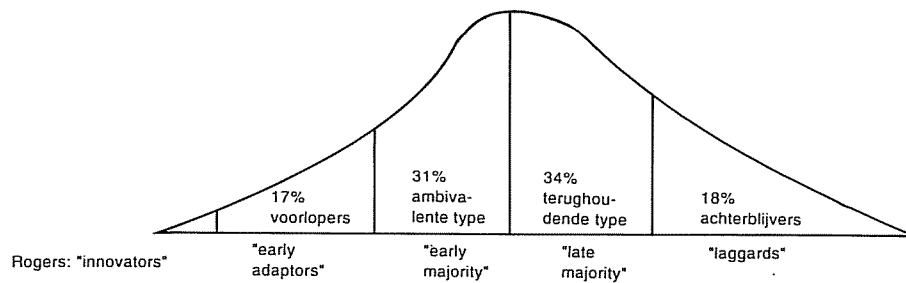
Met 34% is dit het meest voorkomende type. Wat hun taakopvatting betreft tonen zij zich zeer terughoudend tegenover het helpen bij seksuele moeilijkheden en mochten ze die patiënten al behandelen dan zijn het vooral de patiënten met somatische seksuele problemen die daarvoor in aanmerking komen; hun behandelingsspectrum is smal. De kwaliteit van hun seksuele hulpverlening werd - zoals bij de achterblijvers - als onvoldoende beoordeeld. Gezien de beperkte taakopvatting en taakuitvoering van deze huisartsen is het begrijpelijk dat zij ook weinig gewag maken van emotionele en praktische belemmeringen; zij komen die eenvoudigweg nooit tegen. Opvallend is dat dit type vooral jonge huisartsen omvat; het tweede type - achterblijvers - waarop zij verder nog het meeste leken was juist ouder. Andere verschillen tussen dit type en de achterblijvers waren hun voldoende seksuologische kennis en hun permissieve houding ten opzichte van seksua-

liteit. De gegevens overziende komt de gedachte op dat het terughoudende type óf de ambivalenten óf de achterblijvers van de toekomst bevat. Slechts zes van hen (9%) waren NHG-cursist.

Discussie

De relativering van de hier gepresenteerde typologie ligt in de keuze van de vier variabelen. Wanneer we andere variabelen als vertrekpunt hadden gekozen, zouden er wellicht andere typen naar voren zijn gekomen. Van de andere kant bezien is de typologie zeer herkenbaar in het licht van de resultaten van huisartsgeneeskundig onderzoek met betrekking tot het omgaan met psychosociale en psychosomatische klachten in het algemeen (Bensing, 1991; Verhaak, 1986; Tielens, 1987).

Een tweede relativering betreft de geldigheid van de resultaten nu; het onderzoek werd immers begin 80-er jaren uitgevoerd. Is het niet gedateerd? Het is mogelijk dat de frequentieverdelingen van de scores op de diverse variabelen er thans wat anders uit zouden zien. Echter correlaties tussen variabelen worden zelden sterk beïnvloed door verschuivingen in de frequentieverdelingen van de variabelen. En een typenanalyse is primair gebaseerd op de onderlinge samenhang van de variabelen. De typen zullen daarom wel overeind blijven, ook al is niet uit te sluiten dat thans het aantal voorlopers wat groter is dan voorheen terwijl het percentage achterblijvers wat geringer is. Er is nog een tweede reden voor de verwachte stabiliteit van de gevonden typologie. Wanneer we de frequentieverdeling van de vier typen grafisch weergeven op een continuüm van vernieuwingsgezindheid, dan blijkt dat die correspondeert met wat er in het algemeen gevonden wordt in onderzoek met betrekking tot de aanvaarding van vernieuwingen in de geneeskunde door de beroepsgroep (zie figuur 1). Rogers (1983) vond in zijn onderzoekingen op meerdere terreinen dat een medische vernieuwing wordt geïntroduceerd door enkele vernieuwers ("innovators"; Dr J. Moors, huisarts, is als een vernieuwer te beschouwen op het onderhavige terrein), en wordt opgepakt door een kleine groep van voorlopers, "early adaptors". De vernieuwing wordt daarna nagevolgd door een grote groep snelle volgelingen - de "early majority" - en vervolgens ten dele en met terughoudendheid overgenomen door een grote groep late volgelingen (de "late majority"). Een kleine groep achterblijvers resteert - de "laggards" - die zich voor vernieuwingen afsluit. Deze frequentieverdeling neemt volgens Rogers ongeveer de vorm aan van een normaalcurve. Zoals is gebleken vinden ook wij een kleine groep voorlopers en een kleine groep achterblijvers die als zodanig als typen zijn benoemd. Wij hebben er de voorkeur aan gegeven een meer inhoudelijke benaming te verlenen aan de twee typen die de middenmoot vullen. Het ambivalente type valt te beschouwen als de snelle volgelingen, terwijl het terughoudende type de late volgers representeren (zie figuur 1).



Figuur 1. Onze typenanalyse toegepast op de typologie van Rogers (1983)

De onderzoeksresultaten bevestigen de voorspelling dat de NHG-cursisten die prevalent waren in type 1, betere seksuele hulp verlenen dan de huisartsen uit de willekeurige steekproef. De groepsgemiddelden van de beoordelingscore verschillen significant ($t=4.88$, $p=.001$, tweez.). Dit zal niet alleen het effect zijn van de nascholingscursus maar tevens van een reeds voorheen bestaande affiniteit met seksuele hulpverlening.

Een aanbeveling die uit het onderzoek voortvloeit is dat de tijd die in de medische opleiding wordt besteed aan seksuologie moet worden uitgebreid opdat huisartsen beter leren helpen bij seksuele moeilijkheden. Zowel de prevalentie van seksuele problemen in de populatie als de ontwikkelingen rond AIDS en seksueel misbruik staan geen vrijblijvende houding tegenover seksuologie in de huisartsenpraktijk meer toe.

Summary

Helping with sexual problems; an empirical typology of general practitioners

A random sample of Dutch general practitioners ($N=137$) and a select group of 50 GP's which attended an extended training course in sexual counseling was interviewed about their week prevalence of patients with sexual complaints, their task definition regarding helping with sexual problems, the impediments they felt in the helping proces and their sexual knowledge, counseling skills and sexual attitudes. A hierarchical cluster analysis showed four types of G.P.'s in this respect: the "forerunners" (17%), the "laggards" (18%), the "ambivalent" type (31%) and the "reserved" type (34%). The four types are described in the context of Roger's (1983) theory on diffusion of innovations in medicine.

Literatuur

- Bensing, J. (1991). *Doctor-patient communications and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice*. Academisch proefschrift. NIVEL, Utrecht.
- Berkouwer, Y. (1978). *Programmabeschrijving CLUSTAN-1c & BINLIST*. Academisch Computer Centrum Utrecht, Utrecht.
- Broekman, C. (1991). *Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts*. NISSO Studies, Eburon, Delft.
- Frenken, J., K. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lamberts, H. en B. Hartman (1982). Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 25: 333-393.
- Meijman, F. (1983). Een getalsmatige benadering van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Seksuologie* 7, p. 66-77.
- Moors, J. e.a. (1979). *Draaiboek cursus "Helpen bij seksuele moeilijkheden"*. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.
- Ormel, J. en R. Riel (1983). Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25: 688-710.
- Pacharzina, K. (1979). Der Arzt und die Sexualität seines Patienten. Ergebnisse einer Studie an 100 Ärzten für Allgemeinmedizin. In: V. Sigusch (Red.). *Sexualität und Medizin*. Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd Edition). The Free Press, New York.
- Tielens, V.C.L. (1987). *Consulten van huisartsen*. Academisch proefschrift. Katholieke Universiteit, Nijmegen.
- Verhaak, P.F.M. (1986). *Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk*. Academisch proefschrift. NIVEL, Utrecht.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit*. Academisch proefschrift. Meditekst, Lelystad.