

De incidentie van seksuele, reproductieve en relationele problemen in de huisartsenpraktijk Resultaten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

Harald Kedde, Peter Leusink, Robert Verheij

Rutgers Nisso Groep, Utrecht; Groene Hart Ziekenhuis, Gouda, Universitair Medisch Centrum Utrecht; NIVEL, Utrecht

Samenvatting

Achtergrond. In Nederland ontbreekt inzicht in het aantal mensen dat een huisarts consulteert in verband met een seksueel of reproductief gezondheidsprobleem of een relatieprobleem; eventuele trends daarin en eventuele verschillen naar leeftijd en geslacht.

Methode. Tussen 2001 en 2005 werden bij ongeveer 80 huisartspraktijken gegevens verzameld met betrekking tot deze problematiek. De gegevens zijn afkomstig uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van landelijk representatieve huisartsenpraktijken die deelnemen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Daarin registreren huisartsen op continue basis gegevens over aandoeningen, contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. De registratie van ziekten en aandoeningen geschiedt met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC).

Resultaten. Het aantal mensen dat naar de huisarts gaat met vragen of problemen op het gebied van seksuele gezondheid en relatieproblemen is tussen 2001 en 2005 significant toegenomen. Mensen raadplegen met name vaker een huisarts in verband met angst voor soa, erectieproblemen en relatieproblemen met de partner.

Conclusie. De huisarts heeft de afgelopen jaren te maken gekregen met meer vragen omtrent seksuele en reproductieve gezondheid en relatieproblemen. Het is aannemelijk dat deze toename toe te schrijven is aan of een toegenomen prevalentie van relationele problemen en angst voor soa in de bevolking, of verlaging van de drempel om hulp te zoeken hieromtrent. Bij erectieproblemen kan de toename deels verklaard worden door verbeterde behandelingsmogelijkheden, waardoor wellicht het taboe bij zowel huisarts als patiënt hieromtrent is afgenomen.

Seksualiteit en voortplanting zijn belangrijke aspecten van het menselijk leven en bepalen voor een groot deel het geluk en welzijn van iemand. Een goede seksuele en reproductieve gezondheid (SRG) bepaalt voor een deel ook de psychische en lichamelijke gezondheid (Whipple, 2007). Negatieve omstandigheden op dit terrein kunnen juist zorgen voor veel fysieke en psychische problemen, bijvoorbeeld ten gevolge van een onvervulde kinderwens, seksueel

geweld of seksueel disfunctioneren. Mensen met vragen of problemen kunnen terecht bij diverse professionals, waarvan de huisarts voor velen de meest voor de hand liggende is. Om inzicht te krijgen in de aard en omvang van seksuele en reproductieve problematiek in Nederland is het monitoren van klachten die patiënten bij de huisarts presenteren daarom een zeer bruikbare methode. Tevens biedt het de mogelijkheid om de effecten van beleid en praktijk van de gezondheidszorg te evalueren en om veranderingen in seksuele gezondheid en zorggebruik in de tijd te volgen.

Dat een getalsmatige benadering van seksuele en reproductieve problemen geen prioritair onderwerp vormt in de huisartsengeneeskunde werd een kwart eeuw geleden al terecht geconstateerd door Meijman (1983). Dit blijkt ook wel uit het geringe aantal publicaties die daarna over dit onderwerp zijn verschenen (Coenen, 1987; Frenken, Rodenburg & Van Stolk, 1988;

Drs. J.H. Kedde, onderzoeker, Rutgers Nisso Groep, Postbus 9022, 3506 GA Utrecht. T: 030 2313431; F: 030 231938; E: h.kedde@rng.nl
Drs. P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog-NVVS. Groene Hart Ziekenhuis, Gouda, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Dr. R.A. Verheij, onderzoeker, projectleider Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, NIVEL, Utrecht

Ontvangen: 8 december 2009; Geaccepteerd: 13 januari 2010.

Wigersma, 1990; Broekman, 1991; Van Griethuysen 1992; Kedde, Vroege, Vanwesenbeeck & Bartelds, 2005; Kedde & Donker, 2006). Grootschalig onderzoek naar de incidentie van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk is schaars, ad hoc en veelal gedateerd.

Toch is er de afgelopen jaren een duidelijke kentering zichtbaar. Binnen de eerste- en tweedelijnszorg wordt met behulp van diverse registraties gestreefd naar een volledigheid van inzicht in de aard en omvang van seksuele en reproductieve problematiek in Nederland, en is het mogelijk om veranderingen op het gebied van seksuele gezondheid en zorggebruik in de tijd te volgen. In de tweede- en derdelijn gebeurt dit sinds 1997 bij de poliklinieken seksuologie, verenigd in het Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS) (zie o.a. Kruijer & Kedde, 2009) en sinds 2005 bij de seksuologische teams in GGZ-instellingen (verenigd in het Platform Seksuologische Teams in GGZ-instellingen (PSTG) (Kedde, 2009). In de eerstelijnscentra voor seksualiteit, anticonceptie en abortus is ook reeds sinds 1999 een registratie beschikbaar (zie o.a. Vroege & Van Berlo, 2003). Het registreren van hulpvragen omtrent seksuele en reproductieve problemen bij de huisarts gebeurt sinds 2003 bij huisartsen die deelnemen aan de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (CMR; Donker, 2009). Tot nu toe beperkte zich dat tot de onderwerpen 'ongewenste zwangerschappen' en 'seksuele problemen en seksueel geweld' aan de hand van de codering seksuele problemen van het LOPS (LOPS, 1998). Veel huisartsen houden tegenwoordig echter routinematig een elektronisch patiëntendossier (EPD) bij, op basis waarvan gegevens kunnen worden verzameld over het vóórkomen van ziekten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Dit biedt mogelijkheden om het vóórkomen van seksuele en reproductieve problemen en relatieproblemen in de huisartsenpraktijk in de volle breedte permanent te monitoren. In dit artikel zijn gegevens verzameld met behulp van praktijken die deelnemen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) teneinde antwoord te krijgen op de vraagstelling: hoe vaak worden seksuele en reproductieve problemen en relatieproblemen in de huisartsenpraktijk gepresenteerd? En welke trends zijn daar de afgelopen jaren in waar te nemen?

Methodie

Bij het LINH waren in de periode 2001 tot 2005 ongeveer 80 huisartspraktijken aangesloten met bijna 350.000 ingeschreven patiënten. De patiënten uit het LINH vormen een representatieve steekproef van ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking (naar leef-

tijd, geslacht en verzekeringsvorm). Ook op praktijkniveau is het netwerk representatief (stad/platteland, landsdeel). Qua praktijkvorm wijkt de samenstelling iets af; er zijn relatief iets meer groepspraktijken die deelnemen aan het LINH dan er landelijk zijn (Verheij et al., 2007).

De gegevens zijn afkomstig uit de EPD's van de deelnemende praktijken. Daarin registreren huisartsen op continue basis gegevens over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. De registratie van ziekten en aandoeningen geschiedt op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC). De ICPC is een classificatie van ziektebeelden en problemen speciaal ontworpen voor de eerstelijnsgezondheidszorg, en omvat ook een groot aantal ziektebeelden en problemen die te maken hebben met seksualiteit, reproductieve gezondheid en relatieproblemen (Lamberts & Wood, 1987). Voor dit artikel is uit de ICPC een selectie van relevante SRG-gerelateerde items gemaakt en ondergebracht in deelgebieden: (ongewenste) zwangerschap, infertiliteit, angst voor soa/hiv, seksuele functieproblemen en relatieproblemen (tabel 1).

We rapporteren hier het aantal patiënten dat in een bepaald jaar voor het eerst een gezondheidsprobleem presenteert per 1000 ingeschreven patiënten; oftewel de incidentie van deze problemen. Het gaat om de jaren 2001-2005. De incidentie is berekend over iedere geselecteerde ICPC code, uitgesplitst naar geslacht en leeftijd. Bij de uitsplitsing naar leeftijd worden de gemiddelde jaarincidenties van 2001-2005 per leeftijds-categorie getoond. Naast de incidentie voor de afzonderlijke ICPC-codes, zijn ook incidenties berekend over de gebieden 'seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen' en 'relatieproblemen' teneinde de incidentie voor dit gebied als geheel in kaart te brengen. De verschillen in incidenties tussen de jaren zijn getoetst met behulp van ANOVA's en Post Hoc Multiple Comparison (Bonferroni test) met een betrouwbaarheid van 95%. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de incidentie, zijn de gegevens van huisartsenpraktijken die minder dan zes maanden per jaar gegevens hebben aangeleverd niet in de analyses meegenomen. Van praktijken waarvan de gegevens van meer dan 6, maar minder dan 12 maanden beschikbaar waren, is naar rato opgehoogd om te komen tot een schatting van jaarcijfers. De maximale correctiefactor was 1,72.

Resultaten

Seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen
Het aantal mannen dat voor het eerst bij de huisarts klachten presenteert in verband met seksuele of reproductieve gezondheidsproblemen is in 2004 en 2005

significant toegenomen ten opzichte van 2001. Raadpleegden in 2001 nog 5 per 1000 ingeschreven mannen een huisarts voor een nieuw seksueel of reproductief probleem, in 2004 is dit toegenomen tot 8,1 per 1000 (+62%) (tabel 1). In 2005 neemt het aantal mannen verder toe naar 8,6 per 1000 (+72%). Bij vrouwen zijn in de incidenties op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen tussen 2001 en 2005 geen significante verschillen tussen de jaren gevonden. Vrouwen bezoeken beduidend vaker de huisarts in verband met deze problemen dan mannen, alhoewel dit verschil door de toename van de incidentie bij de mannen door de jaren heen steeds kleiner wordt. In 2001 lag de incidentie van mannen nog een kleine 50% lager, in 2005 is dit 25%. Het blijkt voornamelijk te gaan om jonge vrouwen in de leeftijd van 15-34 jaar, met een piek van 30,9 per 1000 patiënten bij de 20-24 jarigen (tabel 2). Na het 34^e levensjaar is het aantal vrouwen dat een huisarts hieromtrent raadpleegt kleiner. Bij de mannen blijkt dat de piek zowel bij jonge als oude mannen ligt: bij de 20-24 jarigen en de 60-69 jarigen is de incidentie ruim 10 per 1000 ingeschreven mannelijke patiënten.

Zwangerschap

Vrouwen in de leeftijd van 15 tot 19 jaar komen het vaakst bij de huisarts met de angst zwanger te zijn (tabel 2). In oudere leeftijdscategorieën is de incidentie lager. De leeftijdsverdeling van vrouwen die een huisarts consulteren vanwege een ongewenste zwangerschap, beslaat de gehele fertile periode en laat dus in vergelijking met 'angst zwanger te zijn' een veel bredere leeftijdsgroep zien die er duidelijk uitspringt: met name vrouwen van 15 tot 39 jaar consulteren een huisarts voor dit probleem (ongeveer 3 per 1000). Tussen de jaren 2001 tot 2005 zijn geen significante verschillen in incidentie gevonden (tabel 1).

Infertiliteit

Het aantal mannen en vrouwen dat in de jaren 2001 tot 2005 voor het eerst een huisarts raadpleegde in verband met fertiliteitsproblemen is gelijk gebleven. Vrouwen in de leeftijd van 25 tot 34 jaar raadpleegden vaker een huisarts vanwege deze problematiek. Alhoewel de incidentiecijfers lager liggen dan bij vrouwen speelt de fertiliteitsproblematiek bij mannen ook tot 39 jaar nog een rol.

Angst voor soa en hiv

In tegenstelling tot 'angst voor aids' is 'angst voor soa' in 2004 en 2005 zowel bij mannen als vrouwen significant toegenomen ten opzichte van 2001. Was dit aantal bij vrouwen in 2001 nog 1,9 per 1000, in 2005 is dit

toegenomen tot 4,6 per 1000 (+142%). Bij de mannen is de incidentie bijna verdrievoudigd van 1,2 naar 3,4 per 1000 ingeschrevenen (+183%). Met name twintigers namen contact op met hun huisarts in verband met angst voor soa. Bij de vrouwen zijn ook de 15-19 jarigen met een incidentie van 10,6 per 1000 duidelijk vertegenwoordigd.

Problemen met het seksueel functioneren

Vrouwen melden zich minder vaak bij de huisarts in verband met seksuele functieproblemen dan mannen (2005: 1,6 per 1000 vrouwen tegen 3,9 per 1000 mannen). Het aantal mannen met seksuele functieproblemen is ten opzichte van 2001 (2,6 per 1000) in 2005 significant toegenomen met 50% (3,9 per 1000). Deze toename start in 2003 (3,3 per 1000) en zet door in 2004 (4,1 per 1000). Deze stijging is geheel toe te schrijven aan mannen met erectieproblemen: dit aantal steeg van 2,1 in 2001 naar 2,8 per 1000 mannen in 2005. Het zijn met name oudere mannen die de huisarts raadplegen bij erectieproblemen. Tussen 2001 en 2005 is de incidentie van seksuele functieproblemen bij vrouwen niet relevant toe- of afgenomen. Pijnlijke coïtus bij de vrouw heeft met 1 op 1000 vrouwen de hoogste incidentie. Uitgesplitst naar leeftijd blijkt dat dit met name een probleem is voor jongere vrouwen (15-34 jaar) en in mindere mate bij vrouwen van 50 tot 59.

Relatieproblemen

Uit tabel 1 valt af te lezen dat vrouwen de huisarts twee keer zo vaak consulteren voor relatieproblemen als mannen. Bij zowel mannen als vrouwen is de incidentie in 2004 en 2005 significant toegenomen ten opzichte van 2001. Zo steeg de incidentie in 2005 bij de mannen met 32% van 2,5 naar 3,3 per 1000. Bij de vrouwen nam die toe van 5,1 naar 6,9 per 1000, een stijging van 35%. Deze toename betrof voornamelijk mannen en vrouwen met een relatieprobleem *met de partner* (ICPC-code Z12; zie tabel 1). Uit de verdeling van de incidentie naar leeftijd (tabel 2) valt zowel bij mannen als vrouwen af te lezen dat relatieproblemen vaker voorkomen bij dertigers en veertigers. Bij mannen ligt de incidentie bij de 35-49 jarigen rond de 5 per 1000. Bij vrouwen ligt de hoogste incidentie op 10,5 per 1000 bij de 35-44 jarigen.

Discussie

Het aantal mensen dat naar de huisarts gaat met vragen of problemen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid is tussen 2001 en 2005 aanzienlijk toegenomen en betreft voornamelijk jonge vrouwen in de leeftijd van 15-34 jaar. Bij mannen gaat het

Tabel 1. Incidentie van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen en relatieproblemen per 1000 patiënten in de huisartsenpraktijk, van 2001 tot en met 2005.

ICPC codes	Vrouw					Man				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEIDSPROBLEMEN										
Zwangerschap										
W02	1,9	2,0	1,8	1,6	1,4	-	-	-	-	-
W79	1,2	1,4	1,1	1,4	1,5	-	-	-	-	-
Infertiliteit										
W15	1,8	2,2	1,9	1,9	1,5	-	-	-	-	-
Y10	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Angst voor soa/hiv										
B25	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,4	0,2	0,3	0,5
X23	1,9	2,1	2,7	4,8 ^{*/**/***}	4,6 ^{*/**}	-	-	-	-	-
Y25	-	-	-	-	-	1,2	1,5	1,8	2,8 [*]	3,4 ^{*/**/***}
Problemen met het seksueel functioneren										
P07	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
P08	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,7	0,9	1,0	0,6	0,7
Y07	-	-	-	-	-	2,1	2,0	2,0	3,1 ^{*/**/***}	2,8 [*]
Y08	-	-	-	-	-	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1
X04	0,9	1,1	1,1	1,2	1,2	-	-	-	-	-
X24	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	-	-	-	-	-
Y24	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Totaal problemen met het seksueel functioneren	1,3	1,4	1,3	1,5	1,6	2,6	3,3 [*]	3,3 [*]	4,1 [*]	3,9 [*]
TOTAAL SRG PROBLEMEN	9,2	10,3	9,9	12,5	11,5	5,0	6,1	6,0	8,1 [*]	8,6 ^{*/**/***}
RELATIEPROBLEMEN										
Z12	3,0	3,5	3,4	4,3 [*]	4,1 [*]	1,7	2,1	1,9	2,4 [*]	2,3
Z13	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Z16	0,9	1,2	1,0	1,2	1,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4
Z21	0,2	0,5 [*]	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Z25	0,6	0,8	0,8	0,8	0,9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
TOTAAL RELATIEPROBLEMEN	5,1	6,5	5,9	7,1 [*]	6,9 [*]	2,5	3,0	2,9	3,6 [*]	3,3 [*]

* = significant hogere incidentie dan in 2001 (p<0.05)

** = significant hogere incidentie dan in 2002 (p<0.05)

*** = significant hogere incidentie dan in 2003 (p<0.05)

Tabel 2. Gemiddelde incidentie van 2001 tot en met 2005 van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen en relatieproblemen per 1000 patiënten naar geslacht en leeftijdscategorie.

Gemiddelde incidentie per leeftijdscategorie	Vrouwen, leeftijd													
	<10	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70>
SEKSUELEENREPRODUCTIEVEGEZONDHEIDSPROBLEMEN														
Zwangerschap														
W02	0,0	0,7	7,0	4,8	3,6	2,7	2,2	1,5	1,5	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0
W79	0,0	0,2	3,3	4,0	3,1	3,2	2,9	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ongevenste zwangerschap: bevestigd														
<i>Infertilititeit</i>														
W15	0,0	0,0	0,4	2,8	7,0	8,3	4,2	1,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sub-/infertilititeit vrouw														
<i>Angst voor soa/hiv</i>														
B25	0,0	0,0	0,7	0,8	0,8	0,5	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
X23	0,0	0,4	10,6	15,1	8,6	4,5	2,4	1,7	1,2	0,6	0,2	0,0	0,2	0,0
Angst voor geslachtsziekte vrouw														
<i>Problemen met het seksueel functioneren</i>														
P07	0,0	0,0	0,1	0,5	0,6	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0
P08	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
X04	0,0	0,1	2,2	3,4	2,5	1,7	1,1	1,0	0,6	1,3	1,3	0,4	0,3	0,0
X24	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Angst voor seksueel disfunctioneren vrouw														
TOTAAL	0,0	1,6	24,2	30,9	25,2	20,8	13,8	7,6	4,1	2,9	2,1	0,7	0,8	0,1
SRGPROBLEMEN														
RELATIEPROBLEMEN	0,7	1,6	3,9	4,9	7,6	9,6	10,5	10,5	9,6	6,9	4,7	4,4	3,1	2,4
Gemiddelde incidentie per leeftijdscategorie														
Mannen, leeftijd														
SEKSUELEENREPRODUCTIEVEGEZONDHEIDSPROBLEMEN														
<i>Infertilititeit</i>														
Y10	0,0	0,0	0,1	0,3	1,7	2,4	1,8	0,9	0,4	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
Sub-/infertilititeit man														
<i>Angst voor soa/hiv</i>														
B25	0,0	0,0	0,5	1,3	1,0	0,8	0,5	0,5	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Y25	0,0	0,1	3,2	8,6	6,7	3,7	2,6	1,6	1,1	1,0	0,5	0,3	0,0	0,1
Angst voor geslachtsziekte man														
<i>Problemen met het seksueel functioneren</i>														
P07	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,1
P08	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8	1,9	2,2	2,4	2,3	1,0
Y07	0,0	0,0	0,1	0,4	0,7	0,8	1,1	1,7	3,1	5,2	6,0	7,6	8,4	3,5
Y08	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2	0,1
Y24	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Angst voor seksueel disfunctioneren man														
TOTAAL	0,1	0,2	3,9	10,7	9,9	7,9	6,7	5,9	5,8	8,7	9,0	10,2	10,5	4,4
SRGPROBLEMEN														
RELATIEPROBLEMEN	0,5	1,1	1,1	1,4	2,7	3,7	4,9	5,0	5,1	4,2	2,7	2,2	1,8	1,9

zowel om jonge als oude mannen: 20-24 jarigen en 60-70 jarigen. Met name bij 'angst voor soa' en erectieproblemen zien we deze toename. De incidentie van SRG-problemen van vrouwen ligt tussen 2001 en 2005 structureel hoger dan bij mannen, maar dit verschil wordt door de jaren heen kleiner.

De toename van 'angst voor soa' gedurende de periode 2001-2005 komt overeen met de cijfers van de soa-poliklinieken waarover het RIVM jaarlijks rapporteert. Gedurende deze periode zag het RIVM een structurele toename van het aantal consulten (Koedijk et al., 2009) en het percentage positieve testen (Van de Laar, De Boer, Koedijk & Op de Coul, 2005). Dat doet vermoeden dat het toegenomen aantal consulten bij de huisarts in verband met angst voor geslachtsziekten mogelijk een gevolg is van een stijgende incidentie van geslachtsziekten onder de bevolking.

Het besef dat er nu goede behandelingsmogelijkheden zijn voor erectieproblemen kan tot een toename van het bezoek aan de huisarts hebben geleid. Ook is het mogelijk dat nascholing van huisartsen op het gebied van erectieproblemen er toe heeft geleid dat zij deze problematiek beter zijn gaan signaleren en bespreekbaar maken. Dat erectieproblemen vaker voorkomen bij ouderen, wordt ondersteund door resultaten uit diverse eerdere studies (zie o.a. Kedde & De Haas, 2006). De lagere incidentie van signaleren van erectieproblemen bij de huisarts na het 70^e levensjaar doet vermoeden dat de ervaren last van erectieproblemen boven die leeftijd minder is. Dit is in overeenstemming met het Boxmeer-onderzoek (Meuleman et al., 2001).

Aangaande relatieproblemen raadplegen vrouwen ongeveer twee keer zo vaak de huisarts als mannen, en is de incidentie bij zowel mannen als vrouwen in 2005 significant toegenomen ten opzichte van 2001. Deze toename kan volledig worden toegeschreven aan relatieproblemen met de partner. Het is mogelijk dat mensen makkelijker hulp zoeken bij relatieproblemen, maar het kan ook zijn dat deze problemen nu vaker vóórkomen.

De huisarts heeft de afgelopen jaren meer te maken gekregen met problemen omtrent seksuele en reproductieve gezondheid en relatieproblemen. Dit betekent echter niet dat deze problemen ook meer vóórkomen in de bevolking; in deze studie zijn alleen de cijfers weergegeven van mensen die zelf met een dergelijke klacht hun huisarts raadplegen. Desondanks blijft een grote groep verstoken van hulp. Onderzoek uit 2006 laat zien dat 8,7% van de Nederlandse bevolking behoefte had aan hulp bij seksuele of reproductieve problemen, waarbij het niet tot daadwerkelijk zorgcontact was gekomen (Vanwesenbeeck, Zaagsma & Bakker, 2006). Dit percentage verwijst naar ruim

940.000 mensen tussen 19 en 69 jaar (95% BI tussen 855.223 en 1.039.258). Om deze mensen te bereiken is het noodzakelijk dat huisartsen deze thema's als onderdeel beschouwen van hun takenpakket én het initiatief nemen om deze met patiënten te bespreken. Uit een schriftelijke enquête onder Nederlandse huisartsen in 1987 en 2001 blijkt echter dat de taakopvatting van de huisarts omtrent het bieden van hulp bij (onder andere) seksuele problemen in 2001 beduidend is versmald ten opzichte van 1987. Volgens ruim 40% van de geïnterviewde huisartsen behoort het 'hulp bieden bij seksuele moeilijkheden' 'volledig' of 'grotendeels' tot zijn of haar takenpakket; in 1987 was dat nog ruim 60% (Kolthof, 2004). Het zou kunnen dat seksuele problemen door de huisarts minder goed worden gesignaleerd indien de huisarts er zelf niet naar vraagt. Een dergelijke ontwikkeling zou in strijd zijn met de aanbevelingen in 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland', waarin het signaleren van seksuele problemen op dit gebied juist als de belangrijkste taak van de huisarts wordt aangemerkt (Vroege, Nicolai & Van de Wiel, 2001). Deze ontwikkeling is in onze optiek verontrustend te noemen, gezien de gesignaleerde toename van seksuologische hulpvragen bij de huisarts.

Patiëntenonderzoek aan de hand van EPD's brengt ook beperkingen met zich mee. Zo blijkt uit Engels onderzoek bijvoorbeeld dat veel meer patiënten aangeven seksuele functieproblemen met hun huisarts te hebben besproken dan is terug te vinden in de patiëntendossiers: respectievelijk 30% en 3-4% (Nazareth, Boynton & King, 2003). Het aantal patiënten in de onderhavige studie dat seksuele en reproductieve problemen bespreekt met de huisarts is dus wellicht hoger dan de gegevens in het EPD. Mogelijk worden niet alle SRG-problemen als zodanig weggeschreven, bijvoorbeeld door de gevoeligheid van deze thema's.

Literatuur

- Broekman, C.P.M. (1991). *Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 9). Delft: Eburon.
- Coenen, T. (1987). *Homoseksualiteit in de huisartsenpraktijk. Ervaringen van homoseksuele mannen en lesbische vrouwen met hun huisarts* (rapport 78). Rotterdam: GGD/Afd. GVO.
- Donker, G. (2009). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2008*. Utrecht: NIVEL.
- Frenken, J., Rodenburg, K., & Van Stolk, B. (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening* (Relatie en seksualiteit). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Gianotten, W.L. (1993). Seksuele problemen van mannen in de huisartsenpraktijk. Vóórkomen, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17, 129-141.

- Kedde, H. (2009). *PSTG-registratie 2007*. Utrecht: Platform Seksuologische Teams in GGZ-instellingen/Rutgers Nisso Groep.
- Kedde, H., & Donker, G. (2006). Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen: Gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Nederland. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 410-414.
- Kedde, H., & De Haas, S. (2006). *Problemen met het seksueel functioneren*. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (red.). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Kedde, J.H., Vroege, J.A., Vanwesenbeeck, W.M.A., & Bartelds, A. (2005). De incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie* 29, 143-149.
- Koedijk, F.D.H., Vriend, H.J., Van Veen, M.G., Op de Coul, E.L.M., Van den Broek, I.V.F., Van Sighem, A.I., Verheij, R., & Van der Sande, M.A.B. (2009). Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008. Bilthoven: RIVM.
- Kolthof, E. (2004). Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 441.
- Kruijer, H., & Kedde, H. (2009). *LOPS-registratie 2008*. Utrecht: Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie/Rutgers Nisso Groep.
- Lamberts, H., & Wood, M. (eds). (1987). *ICPC. International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie. (1998). *Codering seksuele problemen*. Utrecht: Auteur.
- Meijman, F. (1983). Een getalsmatige benadering van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 7, 66-77.
- Meuleman, E.J.H., Donkers, L.H.C., Robertson, C., Keech, M., Boyle, P., & Kiemeny, L.A.L.M. (2001). Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeeronderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 576-81.
- Nazareth, I., Boyton, P., & King, M. (2003). Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 423-426.
- Van de Laar, M.J.W., De Boer, I.M., Koedijk, F.D.H., & Op de Coul E.L.M. (2005). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2004. An update: November 2005*. Bilthoven: RIVM.
- Van Griethuysen, J. (1992). Geregistreerd seksueel en fysiek geweld in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 35, 240-242.
- Vanwesenbeeck, I., Zaagsma, M., & Bakker, F. (2006). *Seksuele gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik in perspectief*. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (red.). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Verheij, R.A., Te Brake J.H.M., Abrahamse, H., Van den Hoogen, H., Braspenning, J., Jabaaij, L., & Van Althuis, T.. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht: Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>>, bezocht op 9 oktober 2007.
- Vroege, J.A., Nicolai, L., & Van de Wiel, H. (2001). Seksualiteitshulpverlening in Nederland (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.
- Vroege, J.A., & Van Berlo, W. (2003). De medische en seksuologische hulpverlening bij de eerstelijnscentra. In C. Wijssen & J. Rademakers, *Abortus in Nederland 2001-2002. Verslag van de landelijke abortusregistratie* (RNG-studies, nr 5; pp. 45-68). Delft: Eburon.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit* [proefschrift]. Lelystad: MediTekst.
- Whipple, B., Knowles, J. & Davis, J. (2007). The health benefits of sexual expression. In M. Tepper, & A. Fuglsang Owens (Eds.), *Sexual Health vol. 1: Psychological foundations* (pp. 17-42). Westport, Connecticut/London: Praeger.

Abstract

The incidence of sexual problems and relational problems in general practice – data from the Netherlands Information Network of General Practice

Background: Data regarding the incidence of sexual health problems and relational problems which are presented by patients in general practice are unknown in the Netherlands. Current available data are often incomplete or obsolete. Therefore, data from the Netherlands Information Network of General Practice (LINH) were analysed in order to establish new information on the incidence of sexual health problems and relational problems.

Methods: LINH is a representative network spread throughout the Netherlands and holds longitudinal data on morbidity, prescribing and referrals. Data were collected from the electronic medical records over a period of five years (2001-2005) at approximately 80 participating general practices. Diagnoses were coded using the ICPC (International Classification of Primary Care). Patient, gender, age and place of residence are also recorded. For this study, only ICPC codes with regard to sexual health problems and relational problems were selected.

Results: General practitioners reported an increase of patients presenting sexual health problems and relational problems throughout the period 2001-2005. In particular 'anxiety for STI', erection problems and relational problems with the partner showed a significant increase during this period. It mainly concerned younger women in the age of 15-34 and younger and older men in the age of 20-24 and 60-70. With regard to sexual health problems, women consult a general practitioner twice as often as men, although this difference is getting smaller over the years.

Conclusion: It is likely that the increase of 'anxiety for STI' and relational problems with the partner is directly related to a higher prevalence among the Dutch population. The increase in men presenting erection problems may be attributed to the fact that new medical treatments became available.