

Onderzoek

Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen

Charles Picavet, Susanne Tonnon, Dirk Franssens, Ciel Wijsen

Rutgers WPF, Utrecht

Samenvatting

Seksuele problemen komen regelmatig voor. Lang niet iedereen met een seksueel probleem ontvangt daar professionele hulp voor. In dit artikel wordt het hulpzoekgedrag van mensen met seksuele problemen in kaart gebracht. Het onderzoek heeft als doel om barrières om hulp te zoeken te inventariseren en in kaart te brengen bij wat voor hulpverleners men terecht komt als men hulp zoekt. Het overgrote deel (86%) van de mensen die last hebben van seksuele problemen zegt geen behoefte te hebben aan zorg, vaak omdat men het geen probleem (meer) vindt. Van degenen die wel een zorgbehoefte hebben, heeft minder dan de helft ook daadwerkelijk zorg ontvangen. De belangrijkste redenen om geen hulp te zoeken zijn dat men het probleem niet ernstig genoeg vindt om hulp voor te zoeken of omdat men dit probleem zelf denkt op te kunnen lossen. De mensen die wel in de hulpverlening terecht komen, gaan in de meeste gevallen naar de huisarts voor hulp en zoeken op internet naar informatie. De tweedelijns hulpverlening wordt veel minder frequent bezocht en een seksuoloog wordt slechts door een enkeling gezien. Suggesties worden gedaan voor verbetering van de hulpverlening aan mensen met seksuele problemen.

Seksuele problemen komen regelmatig voor. Uit het onderzoek 'Seksuele gezondheid in Nederland 2006' blijkt dat 1 op de 6 mannen en 1 op de 5 vrouwen in Nederland aangeeft last te hebben van minstens één seksuele disfunctie (Kedde & De Haas, 2006). Seksuele problemen die frequent gerapporteerd werden zijn onder andere problemen met de seksuele opwindning, pijn tijdens het vrijen, erectie- of lubricatieproblemen, en orgasme problemen. Echter, van de mensen die aangeven last te hebben van seksuele problemen, geeft een relatief klein percentage aan behoefte te hebben aan professionele hulpverlening (20%). Van de mensen die aangeven behoefte te hebben aan hulpverlening, heeft uiteindelijk minder dan 10% ook daadwerkelijk contact gehad met een hulpverlener (Kedde & De Haas, 2006). Dat weinig mensen met hun seksuele problemen terecht komen bij een hulpverlener doet vermoeden dat er barrières bestaan om hulp te zoeken en te krijgen bij seksuele problemen. Het in kaart brengen van het hulpzoekproces en

mogelijke redenen waarom mensen met seksuele problemen wel of geen hulp zoeken voor hun problemen, levert mogelijk aanknopingspunten op om deze mensen beter te faciliteren. Het doel van het hier beschreven onderzoek is dan ook om het hulpzoekgedrag van mensen met seksuele problemen te beschrijven, om mogelijke barrières bij het zoeken naar in hulp kaart te brengen, en om inzicht te krijgen in de route naar hulp die mensen afleggen.

Probleemloos seksueel functioneren is niet vanzelfsprekend. De context moet goed zijn en er moet seksuele stimulering plaatsvinden om het proces gaande te krijgen, zeker bij vrouwen (Van Lankveld, 2008). Een seksuele disfunctie hoeft overigens niet per se een seksueel probleem te zijn. Dit is alleen het geval wanneer men door de disfunctie geen positieve beleving kan koppelen aan seksualiteit (Enzlin, 2008). Om deze reden is het van belang om ook te kijken naar de mate waarin men last heeft van seksuele disfuncties. Naast problemen met seksuele disfuncties zijn er andere mogelijke seksuele problemen, zoals problemen met de partner over seks, bijvoorbeeld over de aard of frequentie ervan, of problemen met de eigen homoseksuele gevoelens. Bij mannen is het voortijdig orgasme de meest voorkomende klacht. Erectie- en orgasme problemen en problemen met de subjectieve seksuele opwindning komen vooral voor boven de 55. Voortijdige ejaculatie komt juist relatief veel voor bij mannen onder de 35. Bij vrouwen komen orgasme problemen het meest voor.

Drs. C. Picavet, onderzoeker
 Drs. S. Tonnon, onderzoeker
 Dr. D. Franssens, senior onderzoeker
 Dr. C. Wijsen, manager onderzoek
 Correspondentie: Rutgers WPF, Postbus 9022 3506 GA Utrecht.
 E: c.picavet@rutgerswfp.nl T: 030-2329819

Ontvangen: 10 december 2011; Geaccepteerd: 30 januari 2012

Angst voor seks, pijn bij het vrijen en orgasmeproblemen komen relatief veel voor bij vrouwen onder de 35 (Kedde & De Haas, 2006). Seksuele problemen staan niet op zichzelf, ze komen vaak tegelijkertijd voor. Bij mannen hangen erectieproblemen samen met alle andere disfuncties, het vaakst met orgasmeproblemen ($r=.34$). Bij vrouwen hangen lubricatieproblemen samen met opwindingsproblemen ($r=.38$) en dyspareunie ($r=.35$). Orgasmeproblemen en opwindingsproblemen hangen ook vaak samen ($r=.30$) (Kedde & De Haas, 2006).

Er is in Nederland nauwelijks onderzoek gedaan naar hulpzoekgedrag van mensen met seksuele problemen. In een internationaal onderzoek (de Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors, dat overigens niet is uitgevoerd in Nederland), is aan een groep mensen van boven de 40 gevraagd naar hun hulpzoekgedrag bij seksuele problemen (Nicolosi et al., 2006). In dit onderzoek konden respondenten aangeven of men hulp of advies heeft gezocht, bijvoorbeeld bij een arts, maar ook bij de partner, op internet, bij familie of vrienden of bij iemand van de kerk. Uit de steekproef onder Duitsers blijkt dat 80% van de mannen met seksuele disfuncties geen professionele hulp heeft gehad en van de vrouwen 83% (Moreira, Hartmann, Glasser, & Gingell, 2005). Van de mannen heeft 32% en van de vrouwen heeft 39% zelfs helemaal geen hulp gezocht, ook niet op internet of bij de partner. Redenen om niet naar een dokter te gaan zijn dat men seksuele problemen ziet als een normaal onderdeel van het ouder worden, dat men weinig last heeft van het probleem, of dat men denkt dat het vanzelf over zal gaan (Moreira, Hartmann, Glasser, & Gingell, 2005). Uit vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd in Azië blijkt dat slechts 21% van de respondenten medische hulp heeft gezocht voor seksuele problemen (Nicolosi, Glasser, Kim, Marumo & Laumann, 2005). In Engels sprekende landen is dat percentage weliswaar iets hoger, maar nog altijd niet hoger dan 32% (Nicolosi et al., 2006).

Het lijkt erop dat er een discrepantie bestaat tussen het hebben van seksuele problemen en zoeken naar hulp voor deze problemen. De vraag is hoe deze discrepantie verklaard kan worden. Er is weinig onderzoek gedaan naar barrières om hulp te zoeken bij seksuele problemen. Uit onderzoek naar hulpzoekgedrag en barrières om hulp te zoeken voor problemen als depressie of angst blijkt wel dat mensen minder snel geneigd zijn om hulp te zoeken indien ze een stigma ervaren op psychische problemen en hulp zoeken (zie bijvoorbeeld Möller-Leimhühler, 2002). Ook blijkt dat wanneer mensen de noodzaak van hulp niet goed inschatten (bijvoorbeeld omdat ze denken dat de problemen vanzelf overgaan), of sceptisch zijn over de effectiviteit van hulpverlening (de hulpverlener kan mijn problemen niet oplossen), men minder snel geneigd is om hulp te zoeken (zie bijvoorbeeld Eisenberg, Golberstein, & Gollust, 2007). Tot slot zijn mensen minder snel geneigd om hulp te zoeken als zij weinig of geen kennis hebben over hulp zoeken bij problemen, of van

zichzelf vinden dat ze de vaardigheden niet hebben om hulp te zoeken (zoals het vinden van een geschikte hulpverlener) en te gebruiken (zoals het kunnen praten over de problemen met een hulpverlener, zie bijvoorbeeld Prins, Verhaak, Bensing & Van der Meer, 2008).

Om de hulpverlening bij seksuele problemen te verbeteren, is het niet alleen van belang om te weten wat de redenen zijn waarom mensen wel of geen hulp zoeken voor hun seksuele problemen. Het is ook belangrijk om te weten hoe de route naar zorg eruit ziet die mensen afleggen en dus door welke hulpverleners men geholpen wordt. Over de route naar en binnen de zorg is echter weinig bekend. In Nederland is de huisarts in principe de poortwachter waar men het eerst terecht kan met medische of psychische klachten. Deze kan verwijzen naar specialisten op diverse terreinen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009). Daarnaast is er een weelde aan informatie te vinden op internet. Voor jongeren is de laatste jaren aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening beschikbaar gekomen via Sense (Bussemaker, 2007). Ook is het mogelijk om voor eerstelijns hulpverlening aan te kloppen bij eerstelijnspsychologen of vrijgevestigde seksuologen. In de tweede lijn zijn poliklinieken opgezet in verschillende ziekenhuizen en seksuologische teams in GGZ-instellingen, naar de blauwdruk die is gepresenteerd door Vroege, Nicolaï en Van de Wiel (2001). Het is echter de vraag hoeveel mensen uiteindelijk bij deze specialistische seksuologische hulp terechtkomen. Huisartsen lijken relatief weinig naar deze seksuologische poliklinieken te verwijzen en juist veel vaker naar specialisten zonder aanvullende seksuologische scholing (Kedde, Donker, Leusink & Kruijjer, 2011).

Het in dit artikel beschreven onderzoek is opgezet om meer zicht te krijgen op het hulpzoekgedrag van mensen met seksuele problemen. Specifiek wordt onderzocht hoeveel mensen met seksuele problemen behoefte hebben aan hulp, en hoeveel daarvan ook daadwerkelijk hulp gaan zoeken. Daarnaast is onderzocht welke barrières mensen rapporteren om te zoeken naar hulp voor hun seksuele problemen. Tot slot is onderzocht welke routes mensen afleggen indien men hulp zoekt. Hierbij is ook gevraagd naar de mate van tevredenheid met de hulpverlener en in hoeverre de klachten zijn verminderd. Met de resultaten kan de toeleiding naar hulpverlening mogelijk worden verbeterd. De concrete onderzoeksvragen waar het onderzoek antwoord op zoekt, zijn:

- Hoeveel mensen met seksuele problemen hebben ook behoefte aan zorg voor deze problemen?
- Welke barrières ervaren mensen met seksuele problemen om naar hulp te zoeken?
- Van hoeveel en welke hulpverleners krijgt men zorg als men met seksuele problemen terecht komt in de hulpverlening? Hoeveel van hen komt terecht bij een seksuoloog?
- Hoe tevreden is men over de hulpverlener waar men terecht is gekomen? En zijn de klachten ook verminderd?

Methodie

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een niet gevalideerde digitale vragenlijst¹ die is voorgelegd aan leden van een internetpanel. Het is een cross-sectionele studie met een gelegenheidssteekproef. Het onderzoek bestudeert zowel hulpzoekgedrag bij seksuele problemen als hulpzoekgedrag na een ervaring met seksueel geweld. Over dit laatste onderwerp zal elders worden gerapporteerd. Het invullen van de digitale vragenlijst duurde ongeveer 20 minuten en respondenten kregen voor het invullen van de vragenlijst punten ter waarde van €1,50.

Samenstelling van de onderzoeksgroep

Via een internetpanel (PanelClix) zijn mensen boven de 18 jaar benaderd met de vraag om mee te doen aan het onderzoek. In de eerste wervingsronde (ronde 1, n=827) is geselecteerd op ervaring met seksuele problemen in de afgelopen twee jaar. Deze ronde leverde onvoldoende deelnemers op met behoefte aan zorg. Daarom is aanvullend geworven op mensen met behoefte aan hulp (ronde 2, n=369). Hierop zijn de analyses betreffende de route naar zorg over de hele steekproef uitgevoerd (ronde 1 en ronde 2, n=1196), maar de analyses over hulpzoekgedrag (hulpbehoefte, hulpcontact) alleen over de respondenten uit de eerste ronde (ronde 1, n=827).

Meetinstrumenten

Seksuele problemen: zijn bevraagd door verschillende mogelijke seksuele problemen aan de respondenten voor te leggen en te vragen of men hier in de afgelopen twee jaar mee te maken heeft gehad. De items zijn ontleend aan de registratie van het landelijk overleg poliklinieken seksuologie (LOPS; Kedde & Kruijer, 2010). Indien men een probleem heeft gehad, is vervolgens gevraagd in hoeverre men daar ook last van had (5-puntsschaal; 1= helemaal geen last tot 5= heel veel last). Respondenten die aangaven dat ze tenminste "last" hadden van minstens één van de genoemde seksuele problemen kregen vervolgens vragen over hun hulpzoekgedrag. Respondenten die aangeven geen seksueel probleem te hebben, hoefden de verdere vragenlijst niet in te vullen.

Hulpbehoefte: vastgesteld met één item of men hulp of advies van hulpverleners of artsen heeft willen hebben vanwege problemen met seksualiteit en relaties. Vervolgens is gevraagd voor welk probleem men hulpbehoefte heeft gehad. Degenen die geen behoefte hadden aan hulp is gevraagd om in eigen woorden aan te geven waarom er geen behoefte was aan hulp.

Hulpcontact: is vastgesteld middels een dichotoom item of men in de afgelopen twee jaar contact heeft ge-

had met een hulpverlener of arts vanwege problemen met seksualiteit. Aan degenen die contact hebben gehad met hulpverleners is vervolgens gevraagd met wat voor hulpverlener(s) dat was middels een vraag waar men meerdere antwoorden kon aankruisen. Onder meer de huisarts, ziekenhuis en GGZ-instelling waren mogelijke opties, maar ook iemand in een eigen praktijk, een maatschappelijk werker, GGD of online hulp of informatie. Daarna is gevraagd in welke volgorde men contact heeft gehad met deze hulpverleners om duidelijk te krijgen welke stappen werden gezet binnen de hulpverlening. Respondenten moesten een rangorde aanbrenge in de hulpverleners van wie ze hebben aangegeven dat ze met hen contact hebben gehad.

Tevredenheid huisarts: vanwege de poortwachtersfunctie van de huisarts, is tevredenheid met de huisarts apart uitgevraagd middels 7 items. Een voorbeeld item is: "de huisarts luisterde aandachtig naar mij" of "de huisarts kon mijn vragen goed beantwoorden" (5-puntsschaal, 1= helemaal mee oneens tot 5= helemaal mee eens). Het gemiddelde over de 7 items is gebruikt als maat voor tevredenheid (Cronbach's alpha = .97). Een hogere score betekent een hogere mate van tevredenheid.

Intentie om hulp te zoeken: is gemeten middels twee items: in hoeverre bent u van plan en in hoeverre verwacht u om hulp te zoeken als u in het komende jaar last zou hebben van seksuele problemen (7-puntsschaal; 1= nee, zeker niet tot 7= ja, zeker wel). Aangezien de twee items hoog met elkaar correleerden ($r = .99$) is het gemiddelde genomen als maat voor intentie. Een hogere score betekent dat men een hogere intentie heeft om hulp te gaan zoeken.

Barrières om hulp te zoeken: is bevraagd door middel van 13 stellingen. Een voorbeeld stelling is: "mijn seksuele problemen zijn niet ernstig genoeg", of "ik weet niet hoe ik professionele hulp moet zoeken". De stelling "ik moet dan met mijn partner over mijn/onze problemen praten" is alleen voorgelegd aan degenen met een vaste partner. Bij al deze stellingen konden respondenten aangeven in hoeverre zij het daarmee eens waren (5-puntsschaal; 1= helemaal mee oneens tot 5= helemaal mee eens). Omdat de verschillende items niet goed met elkaar samenhangen, is er voor gekozen de analyses op de afzonderlijke items uit te voeren. Een hogere score op een item geeft aan dat men dit als een grotere barrière ervaart.

Analyse

Dit onderzoek is voor een groot deel beschrijvend van aard. Verschillen tussen groepen, bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen, worden getoetst met chi-kwadrat toetsen. Omdat seksuele problemen verschillen

¹ De vragenlijst is op te vragen bij de eerste auteur.

voor mannen en vrouwen, is ervoor gekozen om analyses voor mannen en vrouwen apart uit te voeren en te rapporteren. Wanneer de resultaten over mannen en vrouwen gezamenlijk gerapporteerd worden, is er geen significant verschil tussen de seksen. Bij het toetsen is een significantieniveau gehanteerd van 0,05.

De analyses naar barrières om hulp te zoeken zijn als volgt uitgevoerd. Op basis van de score op intentie om hulp te zoeken zijn respondenten in één van twee groepen ingedeeld: respondenten met een hoge intentie om hulp te zoeken (score op intentie ≥ 5), versus mensen met een lagere intentie om hulp te zoeken (score op intentie < 5). Vervolgens zijn beide groepen met elkaar vergeleken op de verschillende barrières middels t-toetsen. Omdat er sprake is van 13 afzonderlijke t-toetsen, wordt een significantieniveau gehanteerd van 0,01. Significante verschillen geven aan dat respondenten met een lagere intentie een item als een grotere barrière ervaren dan respondenten met een hogere intentie.

Resultaten

Respondenten

In totaal hebben 1196 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. De gemiddelde leeftijd is 39,7 jaar, waarbij opvalt dat ongeveer de helft jonger is dan 35 jaar. Ongeveer tweederde van de respondenten is man en negenentachtig procent van de respondenten heeft een vaste partner. Zie tabel 1 voor een volledige beschrijving van de steekproef naar demografische kenmerken.

Tabel 1: Demografische achtergrond van de steekproef

N=827	Percentage
Geslacht	
<i>man</i>	64,9
<i>vrouw</i>	35,1
Leeftijd	
<i>16-34 jaar</i>	44,8
<i>35-54 jaar</i>	32,1
<i>55-80 jaar</i>	23,1
Opleidingsniveau	
<i>laag</i>	26,1
<i>midden</i>	43,9
<i>hoog</i>	30,0
Relatiestatus	
<i>geen vaste partner</i>	22,0
<i>vaste partner</i>	78,0
Stedelijkheid	
<i>niet tot weinig stedelijk</i>	26,3
<i>stedelijk tot sterk stedelijk</i>	60,6
<i>zeer sterk stedelijk</i>	13,1

Van seksueel probleem naar hulpverlening

Van de respondenten die seksuele problemen rapporteerden in de afgelopen twee jaar ($n=827$), geeft 14% aan behoefte te hebben aan hulp (zie tabel 2). Mannen verschillen niet van vrouwen in de mate van behoefte aan hulp. De mate van hulpbehoefte lijkt wel samen te hangen met aard van het seksuele probleem. Bij mannen is de hulpbehoefte het grootst wanneer zij erectieproblemen hebben; 23% geeft aan daar hulp bij te willen hebben. Bij moeite met klaarkomen en weinig behoefte aan seks is de hulpbehoefte 11% en bij gebrek aan opwinding is de hulpbehoefte 10%. Bij vrouwen is de hulpbehoefte het grootst bij angst voor (22%) en afkeer van (18%) seksueel contact. Bij pijn bij het vrijen (17%), vaginistische klachten (13%), en problemen met de partner (13%) is de behoefte aan hulp ook relatief groot. Daarnaast lijkt leeftijd samen te hangen met hulpbehoefte. Van de ouderen in de leeftijd 55-80 jaar zeggen meer respondenten behoefte te hebben aan hulp (22%) dan van de respondenten in de leeftijd van 35-55 jaar (8%).

Van de respondenten met behoefte aan hulp ($n=118$) heeft 43% ook daadwerkelijk hulp gehad (zie tabel 2). Voor mannen is dit percentage wat hoger (47%), en voor vrouwen is dit percentage wat lager (37%), alhoewel dit verschil niet significant is. Opvallend is dat er wel een verband werd gevonden tussen leeftijd en hulpbehoefte, maar dat dit verband niet wordt teruggevonden bij contact. Het verschil in contact tussen jongeren (36%) en de andere twee leeftijdsgroepen (respectievelijk 50% en 51%) lijkt substantieel maar is niet significant. Verder hebben laag opgeleiden en mensen die in grote steden wonen vaker contact gehad met een hulpverlener dan de andere groepen.

Van de mannen met behoefte aan hulp bij specifieke problemen, is daadwerkelijk contact met de hulpverlening het hoogst bij erectieproblemen (61%) en bij orgasme problemen (45%). Voor vrouwen is dit bij problemen met de partner over seks (48%) en pijn bij het vrijen (31%). Samenvattend kan gesteld worden dat van alle respondenten die seksuele problemen rapporteren slechts 6% daadwerkelijk contact gehad heeft met een hulpverlener.

Barrières bij het zoeken naar hulp

In tabel 3 staan de analyses over barrières om hulp te zoeken die respondenten anticiperen. Respondenten zijn ingedeeld naar mate van intentie om hulp te zoeken (lagere versus hogere) en de resultaten zijn uitgesplitst naar relatiestatus (wel een vaste partner versus geen vaste partner). Respondenten met een vaste partner en een hogere intentie om hulp te zoeken, verschillen van degenen met een lagere intentie. Zij schatten de ernst van hun seksueel probleem hoger in, vinden dat ze de problemen niet zelf kunnen oplossen, denken dat hun seksuele problemen niet vanzelf overgaan en vinden het minder moeilijk om over seksuele problemen te praten. Bij degenen zonder vaste partner

Tabel 2: Hulpbehoefte van mensen die de afgelopen twee jaar seksuele problemen hadden en hulpcontact van de mensen met hulpbehoefte

	Hulpbehoefte % van degenen met problemen (n=827)	Hulpcontact % van degenen met hulpbehoefte (n=118)
Geslacht		
<i>man</i>	14,1	46,7
<i>vrouw</i>	14,5	37,2
Leeftijd		
<i>16-34 jaar</i>	15,1	35,6
<i>35-54 jaar</i>	8,3▽	50,0
<i>55-80 jaar</i>	21,8△	51,4
Opleidingsniveau		
<i>laag</i>	11,4	66,7▲
<i>midden</i>	16,0	32,8▼
<i>hoog</i>	14,1	44,4
Relatiestatus		
<i>geen vaste partner</i>	18,0	50,0
<i>vaste partner</i>	13,8	42,2
Stedelijkheid		
<i>niet tot weinig stedelijk</i>	11,3	40,0
<i>stedelijk tot sterk stedelijk</i>	15,5	38,5▼
<i>zeer sterk stedelijk</i>	14,6	73,3▲
Totaal	14,3	43,2

▲ en ▼ verschilt van de rest van de steekproef, p <0,01

△ en ▽ verschilt van de rest van de steekproef, p <0,05

verschillen degenen met een lage en hoge intentie om hulp te zoeken alleen op hun inschatting van de ernst van het probleem en de mate waarin ze denken het probleem zelf op te kunnen lossen. Er is geen verschil tussen respondenten met een hogere en lagere intentie in moeilijkheid om over seksuele problemen te praten en in hoeverre men denkt dat het probleem vanzelf zal overgaan.

Hulp bij seksuele problemen

Lang niet iedereen komt met seksuele problemen bij de hulpverlening terecht, zelfs niet als er wel behoefte is aan hulp. Van de respondenten die contact hebben gehad met een hulpverlener (n=215), gaat 75% in ieder geval naar de huisarts, en zoekt 49% in ieder geval informatie op internet (respondenten kunnen meerdere stappen zetten, waardoor de percentages niet tot

Tabel 3: Barrières bij het zoeken van hulp bij seksuele problemen voor mensen met vaste partner (n=608) en mensen zonder vaste partner (n=181)

	Vaste partner		Geen vaste partner	
	Lagere intentie	Hogere intentie	Lagere intentie	Hogere intentie
Mijn seksuele problemen zijn niet ernstig genoeg.	3.89	3.49*	3.77	3.08*
Ik denk dat ik mijn seksuele problemen zelf wel kan oplossen.	3.68	3.15*	3.59	3.00*
Ik denk dat mijn seksuele problemen vanzelf wel overgaan.	3.28	2.93	3.32	2.77
Ik denk dat mijn seksuele problemen horen bij het ouder worden.	3.10	2.99	2.86	2.65
Ik vind het moeilijk om over mijn seksuele problemen te praten.	2.97	2.46*	3.04	2.58
Ik weet niet hoe ik professionele hulp moet zoeken.	2.33	2.13	2.28	2.15
Ik denk dat artsen het moeilijk vinden om over mijn seksuele problemen te praten.	2.39	2.15	2.30	2.12
Ik heb geen vertrouwen in artsen.	2.38	2.17	2.34	2.15
Ik weet niet bij welke hulpverleningsinstelling ik terecht kan.	2.45	2.35	2.56	2.27
Ik denk dat hulpverleners het moeilijk vinden om over mijn seksuele problemen te praten.	2.27	2.13	2.30	2.08
Ik heb geen vertrouwen in hulpverleners.	2.43	2.20	2.33	2.15
Ik moet dan met mijn partner over mijn/onze problemen praten.	2.99	2.87	n.v.t.	n.v.t.

Gemiddelde op een 5-puntsschaal; 1= helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens

* p <.01

100% optellen). In de tweedelijns hulpverlening komen veel minder respondenten terecht. Als men wel hulp krijgt in de tweede lijn, is dat ongeveer net zo vaak in het ziekenhuis (16%) als bij de GGZ of een eigen praktijk (samen ook 16%). Men komt zelden voor hulp bij GGD, lotgenotencontact of therapie via internet en ondersteuning door maatschappelijk werk.

Route naar zorg

Van de respondenten die contact hebben met hulpverlening, zetten de meeste respondenten één (44%) of twee stappen (43%) in de hulpverlening. Slechts weinig respondenten zetten meer dan twee stappen in de hulpverlening, namelijk 13%. Voor verreweg de meeste respondenten zijn de eerste twee stappen naar de huisarts gaan en informatie zoeken op internet. Opvallend is dat van de respondenten die als eerste naar de huisarts gaan, ruim twee derde geen vervolgstappen zet. Van de respondenten die beginnen met het zoeken van informatie op internet, zetten de meeste wel een tweede stap. In de meeste gevallen (62%) is deze tweede stap een bezoek aan de huisarts. In tabel 4 is te zien bij welke hulpverlener men terecht komt nadat men bij de huisarts is geweest of op internet informatie heeft gezocht.

Afname klachten en tevredenheid hulpverlening

Omdat de huisarts in principe als poortwachter fungeert, is als eerste gekeken naar afname van de klachten na een consult bij de huisarts. Van de respondenten die naar de huisarts zijn gegaan (n=166) geeft 40% aan dat de klachten sterk of helemaal zijn verminderd. Van de groep respondenten die na de huisarts geen andere stap meer hebben gezet in de hulpverlening, geeft 44% aan dat de klachten sterk of helemaal zijn verminderd. Van de respondenten die na de huisarts vervolgstappen zetten, geeft 20% aan dat de klachten sterk of helemaal verminderd zijn. Van de respondenten die hulp hebben gehad in het ziekenhuis (n=36)

geeft 31% aan dat de klachten (sterk) zijn verminderd. Van de respondenten die op internet informatie hebben gezocht (n=110) geeft 16% aan dat de klachten (sterk) zijn verminderd.

Omdat de huisarts als poortwachter verreweg de meeste mensen met seksuele problemen ziet, is gevraagd of men tevreden is met diens hulp. De gemiddelde tevredenheid van de huisarts is 4,0 op een schaal van 1-5 (sd=0,85), wat aangeeft dat respondenten tevreden waren over de huisarts. Respondenten geven aan dat de huisarts hun problemen serieus nam, dat de huisarts voldoende aandacht had en goed luisterde naar de problemen, en dat de huisarts voldoende tijd uittrok voor de problemen. Opvallend is dat, gegeven de hoge mate van tevredenheid met de huisarts, 41% van de vrouwen minder tevreden waren met de mate waarin de huisarts hun vragen goed kon beantwoorden. Ook geeft 38% van de vrouwen aan dat ze minder vertrouwen hadden in het advies van de huisarts, en geeft 36% aan dat ze zich in mindere mate geholpen voelden door de huisarts.

Maar heel weinig respondenten gaven aan dat ze met hun seksuele problemen bij een seksuoloog terecht zijn gekomen. In deze steekproef gaat het om slechts negen respondenten². Dit is 4% van de respondenten die contact hebben gehad met de hulpverlening. Vijf daarvan zijn bij een seksuoloog geweest in het ziekenhuis, de andere vier bij een seksuoloog met een eigen praktijk.

Discussie

Het onderzoek dat in dit artikel is beschreven laat zien dat er niet alleen een grote discrepantie is tussen het ervaren van seksuele problemen en hulpbehoefte op dat terrein, maar ook tussen hulpbehoefte en daadwerkelijk contact met professionele zorg. Ondanks dat mensen met seksuele problemen aangeven daar ook last van te hebben, geeft slechts 14% van de mensen met een seksueel probleem aan behoefte te hebben

Tabel 4: Vervolgstap in de hulpverlening na de huisarts of internet

1 ^e stap	2 ^e stap	n	%
Huisarts (n=98)	Geen 2 ^e stap	68	69,4
	Internet	8	8,2
	Ziekenhuis	13	13,3
	GGZ/eigen praktijk	8	8,2
	Overig	1	1,0
Internet (n=94)	Geen 2 ^e stap	11	11,7
	Huisarts	58	61,7
	Ziekenhuis	4	4,3
	GGZ/eigen praktijk	6	6,4
	Overig	8	8,5

² Mogelijk heeft een enkeling ook binnen de GGZ een seksuoloog gezien. Dit is niet bekend.

aan hulp. Van de mensen die behoefte hebben aan hulp, gaat maar een beperkt deel (42%) daadwerkelijk naar de hulpverlening toe. Onder hulpverlening wordt onder andere verstaan het zoeken van informatie op internet, naar de huisarts gaan of naar andere professionele hulpverleners gaan. Van alle mensen die aangeven seksuele problemen te hebben, komt slechts 6% terecht bij een hulpverlener. De meeste mensen die wel bij de hulpverlener terechtkomen, zetten één of twee stappen in de hulpverlening. De meest gerapporteerde stappen zijn het zoeken naar informatie op internet en/of het naar de huisarts gaan. Mensen die contact hebben gehad met de huisarts zijn erg positief over dit contact. De klachten nemen weliswaar af na contact met hulpverleners, maar dat geldt lang niet voor iedereen.

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat weinig mensen met seksuele problemen behoefte hebben aan hulp. Een nog kleiner percentage mensen met seksuele problemen komt ook daadwerkelijk in de hulpverlening terecht. Deze discrepantie tussen problemen, behoefte en contact suggereert dat mensen een drempel ervaren om hulp te vragen bij seksuele problemen. De meeste mensen die geen behoefte hadden hulp voor hun seksuele problemen gaven aan dat hun problemen niet ernstig genoeg zijn of dat ze hun problemen zelf wel kunnen oplossen. Het is moeilijk vast te stellen of dit inderdaad zo is. Voor een deel ongetwijfeld wel, maar voor een ander deel zou het ook een ontkenning kunnen zijn van de ernst van de problemen of van de noodzaak om hulp te zoeken. Immers alle respondenten zeggen dat zij minimaal 'last' (dus meer dan 'een beetje last') van klachten hebben. Dit onderzoek laat dan ook zien dat barrières om hulp te zoeken samenhangen met de intentie om hulp te zoeken. Dit suggereert dat interventies die deze barrières wegnemen, zouden kunnen bijdragen aan het zoeken van hulp. Dit kan men mogelijk bereiken door mensen ervan te overtuigen dat niet alle seksuele problemen vanzelf over gaan, door mensen te laten inzien dat seksuele problemen niet altijd zelf opgelost kunnen worden en door mensen te laten inzien dat het niet moeilijk is om over hun seksuele problemen te praten. Verder zou een hulpverlener hieraan bij kunnen dragen door uit zichzelf naar mogelijke seksuele problemen te vragen en hierover het gesprek aan te gaan.

De route binnen de zorg ziet er voor de meeste mensen hetzelfde uit. Wanneer mensen besluiten hulp te zoeken voor hun seksuele problemen, zetten de meeste mensen één of twee stappen in de hulpverlening. Men gaat voor een consult naar de huisarts en/of men zoekt op internet informatie over seksuele problemen. De huisarts heeft bij seksuele problemen een belangrijke poortwachtersfunctie. Volgens 40% van alle mensen die met seksuele problemen bij de huisarts zijn geweest, zijn de problemen sterk of geheel afgenomen door het contact met de huisarts. Een deel

van de respondenten gaat na de huisarts niet nog naar een andere hulpverlener. Toch zijn bij 56% van hen de klachten niet of nauwelijks afgenomen. Wel is men over het algemeen erg tevreden over de huisarts, hoewel de tevredenheid nog hoger is onder mannen dan onder vrouwen. Naast de huisarts is internet belangrijk voor mensen met seksuele problemen. Internet wordt vooral gebruikt om informatie te zoeken, maar ook wel voor lotgenotencontact en zelfs door een enkeling voor online therapie.

Enkele beperkingen van dit onderzoek dienen te worden vermeld. Allereerst moet in acht worden genomen dat het gaat om een Gelegenheidssteekproef. Deze steekproef is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. De in dit artikel genoemde percentages kunnen dan ook niet worden geëxtrapoleerd naar de bevolking in haar geheel. De resultaten moeten gezien worden als indicaties van trajecten naar en binnen de seksualiteitshulpverlening. Het onderzoek is ook vooral beschrijvend en exploratief van aard. Op basis van dit voorwerk zou in de toekomst hulpzoekgedrag meer systematisch onderzocht kunnen worden in een meer representatieve steekproef. Tot slot is het aantal mensen dat daadwerkelijk contact heeft gehad met de hulpverlening tamelijk laag, waardoor analyses over deze groep moeilijk tot significante uitkomsten kunnen leiden.

Een probleem bij de analyses is het feit dat er geen goede vragenlijst over seksuele problemen bestaat. De gebruikte vragenlijst is niet gevalideerd. Problemen zijn in dit onderzoek gedefinieerd als problemen die voorkomen en waarvan men last heeft. Aangezien veel mensen met dergelijke seksuele problemen geen behoefte aan hulp hebben en dit argumenteren door te zeggen dat het geen probleem (meer) is, is het de vraag of de genoemde definitie voldoet voor dergelijk onderzoek. Verder is er veel overlap tussen seksuele problemen. De meeste mensen rapporteren meer dan één probleem. Door de overlap is het moeilijk te zeggen voor welk probleem men precies bij de hulpverlener terecht komt. Dit probleem heeft zowel een rol gespeeld bij het ontwikkelen van de vragenlijst als bij de analyses van de gegevens. Het bleek niet goed mogelijk de multipale problematiek te ontrafelen. Het verdient aanbeveling om in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan het ontwikkelen van een goed meetinstrument voor het zoekgedrag bij seksuele problemen.

Naast een representatieve studie zou kwalitatief onderzoek onder mensen met seksuele problemen meer zicht op hulpzoekgedrag bieden. In dergelijk onderzoek kan beter worden uitgezocht wat barrières zijn die men ervaart om hulp te zoeken bij problemen of hoe het komt dat men stopt binnen het hulpverleningstraject terwijl de klachten nog onvoldoende zijn verminderd. Ook bekendheid en imago van seksuologische hulp zou in dit onderzoek aan de orde kunnen komen.

Implicaties voor beleid

Het is de vraag of de structuur van de zorg nu zo is ingericht dat mensen met seksuele problemen optimaal worden geholpen. Ondanks verbeteringen in de organisatie van de seksualiteitshulpverlening sinds het rapport van Vroege, Nicolai en Van de Wiel (2001), lijkt hier nog een verdere verbeteringsslag gemaakt te kunnen worden. De seksuoloog wordt weinig geraadpleegd bij seksuele problemen. Uit dit onderzoek kunnen geen conclusies worden getrokken hoe dat komt. Een deel van de patiënten zou al voldoende geholpen kunnen zijn door de huisarts en informatie op internet. Als men echter naar andere eerste- of tweedelijns hulpverleners gaat, dan is dit ook maar zelden een seksuoloog. Het zou kunnen liggen aan onvoldoende bekendheid van seksuologen bij mensen met seksuele problemen. Ook kan het dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van verwijzingsmogelijkheden op dit gebied. Seksuologie zou binnen de structuur van hulpverleningsinstanties als ziekenhuizen en GGZ-instellingen onvoldoende ingebed kunnen zijn, waardoor seksuologen door hun collega's onvoldoende worden geraadpleegd over patiënten met seksuele problemen. In dit kader zou het tien jaar na het rapport van Vroege en collega's goed zijn om de ingezette koers te evalueren en zo nodig bij te stellen.

Naast professionals in de gezondheidszorg kan de toeleiding naar seksuologische hulp worden verbeterd door een betere profilering van het vakgebied naar potentiële cliënten. De Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie (NVVS) zet zich hiervoor in, bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden om een seksuoloog te zoeken op hun website. Ook de verbeterde situatie met betrekking tot vergoedingen van seksualiteitshulpverlening en de organisatie van aanvullende seksualiteitshulpverlening voor jongeren (Sense) dragen bij aan professionalisering en bekendheid van de seksuologie. Wellicht kan er echter meer worden gedaan om ook mensen te bereiken die niet aan het zoeken zijn naar informatie of hulp. Immers blijkt een groot deel van de mensen met seksuele problemen helemaal geen hulp of informatie te zoeken.

Het onderzoek laat zien dat een benadering via internet zinvol kan zijn bij seksuele problemen. Internet wordt veel geraadpleegd door mensen met dergelijke problemen, mogelijk omdat dit laagdrempelig is en anoniem kan. Een passend hulpverleningsaanbod op internet (e-hulp) zou daarom in een behoefte kunnen voorzien. Of deze benadering effectief zou kunnen zijn, hangt onder meer af van de aard van de klacht. Van Lankveld en anderen (2009) laten zien dat e-hulp effectief is bij mannen met erectieproblemen, maar niet bij premature ejaculatie. Effectieve hulpverlening via internet is mogelijk goedkoper dan face-to-face hulpverlening, waarmee de kosteneffectiviteit ook hoger zou zijn (Schalken et al., 2010).

Conclusie

Seksuele problematiek kan heel gevarieerd zijn. Er zijn allerlei verschillende problemen die in verschillende constellaties kunnen voorkomen. Deze problemen kunnen allerlei verschillende oorzaken hebben, zowel biomedisch als psychosociaal. Het is dan ook niet opmerkelijk dat mensen met seksuele problemen bij heel verschillende hulpverleners terecht komen voor hulp en informatie. De huisarts en in mindere mate internet worden het meest geraadpleegd. Daarna zouden mensen met problemen echter vaker doorverwezen kunnen worden naar meer gespecialiseerde hulpverleners, inclusief seksuologen.

Literatuur

- Bussemaker, M. (2007). Besluit aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening, 28 september 2007. Kamerstuk PG/ZP 2.793.366.
- Enzlin, P. (2008). Seksualiteit, een plaatsbepaling. In W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-De Regt, & N. van Son-Schoones (red.), *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S.E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care, 45*, 594-601.
- Kedde, H., & Haas, S. de (2006). Problemen met het seksueel functioneren. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (red.), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Kedde, H., & Kruijer, H. (2010). *LOPS-registratie 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Kedde, H., Donker, G., Leusink, P., & Kruijer, H. (2011). The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. *International Journal of Sexual Health, 23*, 269-277.
- Moreira Jr., E.D., Hartmann, U., Glasser, D.B., & Gingell, C. (2005). A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *European Journal of Medical Research, 10*, 434-443.
- Möller-Leimhühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*, 1-9.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009). *Monitor Huisartsenzorg 2008*. Utrecht: NZa.
- Nicolosi, A., Glasser, D.B., Kim, S.C., Marumo, K., & Laumann, E.O. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International, 95*, 609-614.
- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Brock, G., King, R., & Gingell, C. (2006). Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five Anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *Journal of Sex and Marital Therapy, 32*, 331-342.
- Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review, 28*, 1038-1058.
- Schalken, F. (red.) (2010). *Handboek Online Hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Lankveld, J. (2008). Problems with sexual interest and desire in women. In D.L. Rowland & L. Incrocci (Eds.), *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons.

- Van Lankveld, J.J.D.M., Leusink, P., Diest, S. van, Gijs, L., & Slob, A.K. (2009). Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: *A randomized controlled pilot trial. Journal of Sexual Medicine, 6*, 2224-2236.
- Vroege, J., Nicolai, L., & Wiel, H. van de (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland*. Delft: Eburon.

Summary

Help-Seeking behavior for sexual problems and trajectories toward care

Sexual problems are prevalent. Many individuals who suffer from sexual problems don't receive adequate professional care. This article describes help-seeking behavior of people with sexual problems. The focus is on barriers for seeking professional help and on the type of help that is received when people do seek help. The vast majority of individuals who report sexual difficulties, report an absence of need for professional care, mostly because they don't regard themselves as having a problem (anymore). Of those who do report a need for care, less than 50% actually receive care. The main reasons for not seeking care are that the problems are not severe enough and that the respondents think they can solve their problems themselves. When people do receive care, it is mostly from their general practitioner. They also frequently search for information on the internet. Specialized care is received much more infrequently and only a few have consulted a sexologist. Suggestions are provided to improve the care for clients with sexual problems.

Keywords: sexual health care, sexual problems, sexual dysfunctions, help-seeking behavior, health care needs

Trefwoorden: seksualiteitshulpverlening, seksuele problemen, seksuele disfuncties, hulpzoekgedrag, hulpbehoefte