

De incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland

Harald Kedde, Jos Vroege, Ine Vanwesenbeeck, Aad Bartelds

Rutgers Nisso Groep, NIVEL, Utrecht

Samenvatting

Achtergrond: In het kader van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland zijn in 2003 in 42 huisartsenpraktijken gegevens verzameld met betrekking tot de incidentie van seksuele problemen.

Methoden: De peilstationhuisartsen werd gevraagd om op de 'weekstaat' melding te maken van alle patiënten waarbij sprake was van 'seksuele problemen en seksueel geweld'. Aan de hand van de 'Codering seksuele problemen' van het Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie diende op de aanvullende vragenlijst (ondermeer) te worden aangegeven om wat voor proble(e)m(en) het daarbij ging.

Resultaten: Bij de deelnemende huisartsenpraktijken meldden zich in totaal 98 patiënten met een 'nieuw' seksueel/seksueel-geweldprobleem. De incidentie bedraagt daarmee 69 per 100.000 patiënten – 103 per 100.000 mannen en 36 per 100.000 vrouwen. Bij mannen blijkt een erectieprobleem verreweg het meest gemelde seksuele probleem te zijn; bij vrouwen is dat dyspareunie.

Conclusie: In vergelijking met een aantal andere huisartsenstudies is de incidentie van seksuele problemen in deze studie relatief laag. De wijze waarop deze studie is opgezet zal daarbij een belangrijke rol spelen. Daarnaast is de huidige, versmalde taakopvatting van de huisarts omtrent het bieden van hulp bij seksuele problemen mogelijk één van de oorzaken. De incidentie van seksuele/seksueel-geweldproblemen in de huisartsenpraktijk wordt in deze studie waarschijnlijk onderschat.

Een aantal jaren geleden werd op verzoek van ZorgOnderzoek Nederland 'Seksualiteits-hulpverlening in Nederland' uitgebracht (Vroege, Nicolai & Van de Wiel, 2001). In dat rapport wordt de bestaande kennis over vraag en aanbod op het gebied van de seksualiteitshulpverlening op een rij gezet. Naar aanleiding van de gesignaleerde knelpunten wor-

den verder voorstellen gedaan voor een herziening van de hulpverleningsstructuur. De huisarts neemt daarbij – als poortwachter – een belangrijke plaats in. Alle seksuele problemen die in het rapport aan bod komen, zou hij of zij in ieder geval moeten signaleren. Daarnaast zou de huisarts eenvoudige diagnostiek moeten toepassen en zonodig moeten verwijzen.

Grootschalige onderzoeken naar de incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk zijn relatief schaars. De bestaande onderzoeksgegevens waarmee in 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' de incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk in kaart werden gebracht, zijn mede daarom relatief oud (Coenen, 1987; Frenken, Rodenburg & Van Stolk, 1988; Wigersma, 1990; Broekman, 1991). In zijn recensie van 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' schrijft Leusink (2001) dat hij het jammer vindt dat de incidentie van seksuele disfuncties in de huisartsenpraktijk voornamelijk op de onderzoeken van Frenken e.a. en Wigersma gebaseerd zijn. Hij vindt het een omissie dat "men zich niet de moeite heeft getroost de standaardregistratiesystemen als de Continue Morbiditeits Registratie (Nijmegen) en het

Drs. J.H. Kedde, junior onderzoeker; drs. J.A. Vroege, senior onderzoeker; dr. W.M.A. Vanwesenbeeck, hoofd onderzoek. Rutgers Nisso Groep, Postbus 9022, 3506 GA Utrecht. T: 030 2313431; F: 030 2319387; E: h.kedde@rng.nl

Drs. A.I.M. Bartelds, huisarts, onderzoeker, projectleider Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. T: 030 2729700; E: a.bartelds@nivel.nl

De auteurs willen alle huisartsen bedanken die in 2003 in het kader van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland deel hebben genomen aan de registratie van de rubriek 'seksuele problemen en seksueel geweld'.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ontvangen 14 februari 2005; Geaccepteerd: 17 mei 2005

Transitieproject (Amsterdam) te raadplegen”.

Aansluiten bij een bestaande morbiditeitsregistratie biedt de mogelijkheid om over de incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk – en over het huisartsgeneeskundig handelen daarbij – nieuwe gegevens te verzamelen. Om die reden heeft in 2003 binnen de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (CMR Peilstations) een dataverzameling met betrekking tot seksuele problemen plaatsgevonden.

Methode

Bij de CMR Peilstations – die sinds 1970 bestaat – waren in 2003 42 huisartsenpraktijken aangesloten. In deze praktijken werkten in totaal 63 huisartsen. De patiëntenpopulatie bij deze 42 huisartsenpraktijken bestond uit 142.119 personen – 70.220 mannen en 71.899 vrouwen. Samen vertegenwoordigen deze patiënten ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met de geografische spreiding en met de spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid (Bartelds, 2004). De betrokken patiëntenpopulatie wordt representatief geacht voor de Nederlandse patiëntenpopulatie als geheel.

De huisartsen die deelnemen aan de CMR Peilstations registreren wekelijks een beperkt aantal gezondheidsproblemen en verrichtingen. Deze gegevens worden ingevuld op de ‘weekstaat’. Ieder jaar wordt door de begeleidingscommissie opnieuw vastgesteld welke gezondheidsproblemen en verrichtingen op de weekstaat worden geplaatst (Bartelds, 2004). Verder wordt op de weekstaat gevraagd om het ‘geslacht’ en de ‘leeftijdsgroep’ waartoe de patiënt behoort te vermelden. Bij een aantal gezondheidsproblemen en verrichtingen wordt de huisarts daarnaast verzocht een aanvullende vragenlijst in te vullen.

In 2003 werd de huisartsen die deelnemen aan de CMR Peilstations gevraagd om op de weekstaat melding te maken van alle patiënten waarbij sprake was van seksuele problemen of seksueel geweld. ‘Seksueel geweld’ werd in dit verband toegevoegd om te voorkomen dat huisartsen seksueel-geweldproblemen zouden vergeten te registreren. In dit artikel zal doorgaans echter worden gesproken over ‘seksuele problemen’.

Op een aanvullende vragenlijst over ‘seksuele problemen en seksueel geweld’ werd de huisarts in eerste instantie gevraagd naar een aantal aanvullende demografische gegevens: het geboorteland van de patiënt en van zijn of haar vader en moeder, en het feit of men een mannelijke, vrouwelijke of geen partner heeft. Vervolgens werd gevraagd om één hoofdpbleem en maximaal vier nevenproblemen te registre-

ren. Daarbij werd uitgegaan van de ‘Codering seksuele problemen’ van het ‘Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie’ (1998). Behalve bij poliklinieken seksuologie wordt deze codering ook gebruikt bij de Rutgershuizen – thans onderdeel van ‘eerstelijnscentra voor seksualiteit en reproductieve gezondheid’ (Vroege, 2004; Vroege & Van Berlo, 2003). Het laatste deel van de vragenlijst betrof het huisartsgeneeskundig handelen bij seksuele problemen. Daarbij werd onder andere gevraagd ‘het hoeveelste consult’ het was ‘waarin deze seksuele problemen/seksueel-geweldproblemen aan de orde kwamen’.

Resultaten

Patiënten

In 2003 werden door de huisartsen uit de 42 deelnemende huisartsenpraktijken 147 consulten geregistreerd waarbij sprake was van een seksueel probleem. In 98 gevallen ging het daarbij om het eerste consult waarin het desbetreffende seksuele probleem aan de orde kwam. Uit tabel 1 valt af te lezen dat de patiënten die de huisarts raadpleegden in verband met zo’n ‘nieuw’

Tabel 1. Demografische kenmerken van de patiënten die in 2003 een peilstationhuisarts raadpleegden in verband met een nieuw seksueel probleem (percentages; aantallen worden cursief weergegeven). De partners van de patiënten waren niet noodzakelijkerwijs bij dat consult aanwezig. De eerste generatie allochtonen bestaat uit de groepen 5 en 6; de tweede generatie uit de groepen 3 en 4.

	Mannen %	Vrouwen %	Totaal %
Mannelijke partner	3	89	26
Vrouwelijke partner	80	0	58
Geen partner	15	12	14
Onbekend	3	0	2
<i>Leeftijdsgroep</i>			
00-09	0	8	2
10-19	1	8	3
20-29	1	23	7
30-39	6	23	10
40-49	22	19	21
50-59	32	15	28
60-69	19	4	15
70-79	13	0	9
80-89	0	0	0
Onbekend	6	0	4
<i>In Nederland geboren zijn:</i>			
1 Patiënt + beide ouders	82	69	79
2 Alleen beide ouders	0	0	0
3 Patiënt + één van beide ouders	0	4	1
4 Alleen patiënt	0	12	3
5 Alleen één van beide ouders	0	0	0
6 Patiënt noch beide ouders	7	12	8
Onbekend	11	4	9
<i>Totaal aantal (N)</i>	72	26	98

Tabel 2. Het percentage van de patiënten die in 2003 een peilstationhuisarts raadpleegden in verband met een nieuw seksueel probleem dat kampt met seksuele problemen die in de LOPS-registratie worden onderscheiden. In de linkerkolom wordt daarbij afgegaan op het hoofdprobleem, in de rechterkolom op het hoofdprobleem & de nevenproblemen. (Behalve percentages wordt ook de incidentie per 1000 ingeschrevenen vermeld; aantallen worden cursief weergegeven.)

	Hoofdprobleem						Hoofdprobleem & Nevenproblemen					
	Mannen		Vrouwen		Totaal		Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	inc.	%	inc.	%	inc.	%	inc.	%	inc.	%	inc.
<i>Problemen met het seksueel verlangen</i>												
Verminderd seksueel verlangen	8	0,09	19	0,07	11	0,08	10	0,10	23	0,08	13	0,09
Seksuele aversie	0	0	4	0,01	1	0,01	0	0	4	0,01	1	0,01
Overmatig verlangen	3	0,03	0	0	2	0,01	3	0,03	0	0	2	0,01
Ander probleem met het seksueel verlangen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Problemen met de seksuele opwinding</i>												
Probleem met de subjectieve opwinding	13	0,13	4	0,01	10	0,07	14	0,14	8	0,03	12	0,08
Erectie-/lubricatieprobleem	60	0,61	8	0,03	46	0,32	63	0,64	12	0,04	49	0,34
Ander probleem met de seksuele opwinding	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Problemen met het orgasme</i>												
Orgasme probleem	3	0,03	4	0,01	3	0,02	4	0,04	4	0,01	4	0,03
Voortijdig orgasme	3	0,03	0	0	2	0,01	6	0,06	0	0	4	0,03
Anhedonisch orgasme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ejaculatieprobleem	0	0	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0
Ander probleem met het orgasme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Seksuele-pijnproblemen</i>												
Dyspareunie	1	0,01	19	0,07	6	0,04	1	0,01	31	0,11	9	0,06
Vaginisme	-	-	4	0,01	1	0,01	-	-	8	0,03	2	0,01
Pijn in andere lichaamsdelen	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0	0	1	0,01
Verminderde gevoeligheid geslachtsdelen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ander seksuele-pijnprobleem	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0,03	2	0,01
<i>Parafilie</i> (seksueel sadisme/masochisme, exhibitionisme/voyeurisme, pedofilie etc.)												
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Genderidentiteitsprobleem</i> (travestie, transseksualiteit etc.)												
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Seksueel misbruik/seksueel geweld</i>												
Problematiek van de dader	3	0,03	4	0,01	3	0,02	3	0,03	4	0,01	3	0,02
Problematiek van het slachtoffer	0	0	15	0,06	4	0,03	0	0	15	0,06	4	0,03
Ander seksueel misbruik/seksueel-geweldprobleem	0	0	12	0,04	3	0,02	0	0	12	0,04	3	0,02
<i>Seksuele ontevredenheid</i>												
Over frequentie seksueel contact partner	0	0	4	0,01	1	0,01	1	0,01	4	0,01	2	0,01
Over aard seksueel contact met partner	1	0,01	0	0	1	0,01	4	0,04	4	0,01	4	0,03
Over seksueel contact met derde(n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Over de eigen seksuele oriëntatie (homo/bi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Over het eigen uiterlijk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Over het ontbreken van een partner	1	0,01	0	0	1	0,01	1	0,01	0	0	1	0,01
Andere seksuele ontevredenheid	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0	0	1	0,01
Ander seksueel probleem	1	0,01	0	0	1	0,01	1	0,01	4	0,01	2	0,01
Onbekend	3	0,03	4	0,01	3	0,02	3	0,03	4	0,01	3	0,02
Totaal (N)	72		26		98		72		26		98	

seksueel probleem in 72 gevallen van het mannelijk en in 26 gevallen van het vrouwelijk geslacht waren. Voor zowel de mannelijke als de vrouwelijke patiëntengroep geldt dat de overgrote meerderheid een partner heeft van het andere geslacht. Het merendeel van de vrouwen is tussen de 20 en 60 jaar, en het merendeel van

de mannen tussen de 40 en 80 jaar oud. Een overgrote meerderheid van de patiënten met seksuele problemen behoort tot de autochtone Nederlanders; tenminste 8% van de patiënten behoort tot de eerste generatie allochtonen, tenminste 4% van de patiënten tot de tweede generatie allochtonen.

Tabel 3. Het gemiddeld aantal consulten met een nieuw seksueel probleem in de huisartsenpraktijken in gebieden met een verschillende stedelijkheidsgraad en in verschillende delen van Nederland. Met behulp van ANOVA's is getoetst of de incidenties in deze huisartsenpraktijken verschillen.

	Gemiddeld aantal consulten met een nieuw seksueel probleem	Incidentie per 1000 patiënten	F	p
<i>Stedelijkheidsgraad</i> (adressen/km²)				
1: zeer sterk stedelijk (2500 of meer)	2.6	0.86	.718	.585
2: sterk stedelijk (1500 - 2500)	2.4	0.88		
3: matig stedelijk (1000 - 1500)	1.4	0.28		
4: weinig stedelijk (500 - 1000)	3.3	0.82		
5: niet stedelijk (minder dan 500)	0.8	0.32		
<i>Regio</i>				
A: Groningen, Friesland, Drenthe	0.6	0.13	.688	.565
B: Overijssel, Gelderland, Flevoland	2.4	0.89		
C: Utrecht, Zuid-Holland, Noord-Holland	2.8	0.85		
D: Zeeland, Noord-Brabant, Limburg	2.2	0.79		

Incidentie

In 2003 werd door de huisartsen melding gemaakt van 98 patiënten die hen raadpleegden in verband met een nieuw seksueel probleem. Bij een patiëntenpopulatie van 142.119 personen – 70.220 mannen en 71.899 vrouwen – komt dat neer op een incidentie van 69 seksuele problemen per 100.000 patiënten – 103 per 100.000 mannen en 36 per 100.000 vrouwen.

In de aanvullende vragenlijst had de huisarts de mogelijkheid om naast het hoofdprobleem maximaal vier nevenproblemen te vermelden. In totaal blijken huisartsen nooit meer dan twee nevenproblemen geregistreerd te hebben. Het aantal mogelijkheden om een nevenprobleem te registreren was dus ruim voldoende. In tabel 2 wordt – afgaande op het hoofdprobleem en op het hoofdprobleem én de nevenproblemen – aangegeven bij hoeveel procent van de patiënten die in 2003 de huisarts raadpleegden in verband met een nieuw seksueel probleem, sprake was van de seksuele problemen die in de LOPS-registratie worden onderscheiden. Daarnaast worden ook de incidenties van die problemen vermeld. De cijfers uit de linkerkolom – waarin wordt afgegaan op het hoofdprobleem – zijn vergelijkbaar met die uit de LOPS-registratie en de registratie van de 'eerstelijnscentra voor seksualiteit en reproductieve gezondheid'. De cijfers uit de rechterkolom – waarin wordt afgegaan op het hoofdprobleem & de nevenproblemen – geven de beste schatting van het feitelijk voorkomen. Bij mannen blijkt een erectieprobleem verreweg het meest gemelde seksuele probleem te zijn. Daarna volgen een probleem met de subjectieve opwinding en een verminderd seksueel verlangen. Bij vrouwen blijkt dyspareunie het meest gemelde seksuele probleem te zijn. Daarna volgen een verminderd seksueel verlangen en

de problematiek van het slachtoffer van seksueel misbruik/seksueel geweld.

Regionale verschillen

In 2003 werden in de 42 deelnemende huisartsenpraktijken 98 consulten geregistreerd waarbij de patiënt een seksueel probleem voor het eerst ter sprake bracht. Per huisartsenpraktijk komt dat neer op gemiddeld 2,3 consulten. Tussen huisartsenpraktijken varieerde het aantal consulten met nieuwe seksuele problemen van 0 tot 15. De incidentie liep daarmee uiteen van 0 tot 4.1 per 1000 ingeschrevenen. Deze verschillen zullen waarschijnlijk zijn beïnvloed door huisarts- en praktijkkenmerken. Huisartskenmerken zijn in dit onderzoek helaas niet beschikbaar; praktijkkenmerken echter wel. Zo is van de huisartsenpraktijken bekend wat de stedelijkheidsgraad is van het gebied waarin zij gevestigd zijn (Den Dulk, Van der Stadt & Vliegen, 1992). Daarnaast is bekend in welk deel van Nederland zij zijn gevestigd. Op grond van deze indelingen zijn de groepen onderling met elkaar vergeleken door middel van een ANOVA-toets met de incidentie van seksuele problemen als afhankelijke variabele (zie tabel 3). Bij beide ANOVA's zijn tussen de groepen geen significante verschillen gevonden. De incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk blijkt dus niet afhankelijk te zijn van stedelijkheidsgraad en regio.

Beschouwing

In dit onderzoek is geprobeerd met behulp van gegevens verzameld in het kader van de CMR Peilstations de incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. Uit dit onderzoek blijkt dat 69 op de 100.000 ingeschreven patiënten zich in 2003 bij de deelnemende huisartsen meldden met een nieuw

seksueel probleem. Bij de mannelijke patiënten was de incidentie daarbij duidelijk hoger dan bij de vrouwelijke patiënten (103 versus 36 per 100.000 ingeschrevenen). Bij mannen blijkt een erectieprobleem verreweg het meest gemelde seksuele probleem te zijn. Bij vrouwen is het meest gemelde seksuele probleem dyspareunie.

Hoe verhouden zich de gevonden incidentiecijfers met die uit eerder verricht onderzoek? In tabel 4 zijn de incidentiecijfers uit diverse onderzoeken in de huisartsenpraktijk met betrekking tot 'seksuele disfuncties' als overkoepelende probleemcategorie en met betrekking tot een aantal veel voorkomende seksuele disfuncties op een rij gezet. De eerste drie onderzoeken kwamen al aan bod in 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' (Frenken e.a., 1988; Wigersma, 1990; Broekman, 1991). De onderzoeken van Vliet Vlieland e.a. (2002), Van der Linden e.a. (2004) en de huidige studie zijn nadien uitgevoerd.

De incidentie van seksuele disfuncties in het huidige onderzoek blijkt, zowel bij mannen als bij vrouwen, aanzienlijk lager te zijn dan in de onderzoeken van Frenken e.a. en van Wigersma, en ook nog lager dan in het onderzoek van Van der Linden e.a.. Waarvoor zouden deze verschillen verklaard kunnen worden? Zien huisartsen de laatste tijd minder patiënten met een seksueel probleem – doordat minder patiënten met een seksueel probleem bij hen aankloppen of doordat huisartsen seksuele problemen bij hun patiënten minder goed signaleren? Of kunnen de verschillen worden verklaard door methodologische verschillen tussen de studies?

Uit schriftelijke enquêtes onder Nederlandse huisartsen in 1987 en 2001 blijkt 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. Ruim 40% van de geïnterviewde huisartsen beschouwt het 'hulp bieden bij seksuele moeilijkheden' 'volledig' of 'grotendeels' tot zijn of haar takenpakket; in 1987 was dat nog ruim 60% (Kolthof, 2004). Dit zou kunnen betekenen dat seksuele problemen door de huisarts minder goed worden gesignaleerd. 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.

Methodologische verschillen tussen de studies spelen bij de gevonden discrepanties zeker een rol. Een belangrijk verschil tussen de studies van Frenken e.a., Wigersma en Broekman enerzijds, en Vliet Vlieland e.a., Van der Linden e.a. en de huidige studie anderzijds, is behalve dat zij met een tussenpoos van 10-15 jaar zijn uitgevoerd, ook dat de huisartsen in de oudere studies zijn geworven voor een onderzoek naar seksuele problemen in de huisartsenpraktijk en in de recentere studies voor een onderzoek naar veel meer gezondheidsproblemen. In de studie van Frenken e.a. waren 137 van de 165 aangeschreven huisartsen bereid mee te werken, in de studie van Wigersma 13 van de 33 benaderde huisartsenpraktijken en in de studie van Broekman 90 van de 525 aangeschreven huisartsen. Daarbij kan sprake zijn geweest van een selectie van huisartsen die door persoonlijke interesse en expertise relatief veel patiënten met seksuele problemen zien.

Zowel in de studie van Frenken e.a. als in die van Broekman werden huisartsen geïnterviewd. In de stu-

Tabel 4. Cijfers uit verschillende studies in de huisartsenpraktijk over de incidentie (per 1000 mannen of vrouwen) van seksuele disfuncties als overkoepelende probleemcategorie en van een aantal veel voorkomende seksuele disfuncties. Bij 'seksuele disfuncties' dient te worden gedacht aan alle 'problemen met het seksueel verlangen', 'problemen met de seksuele opwinding', 'problemen met het orgasme' en 'seksuele-leidproblemen' uit tabel 2.

	Frenken e.a. (1988)	Wigersma (1990)	Broekman (1991)	Vliet Vlieland e.a. (2002)	Van der Linden e.a. (2004)	CMR Peilstations (2005)
<i>Mannen</i>						
Seksuele disfuncties	6,5	4,6	-	-	2,7	0,93
Verminderd seksueel verlangen	3,1	-	-	-	0,1	0,10
Erectiestoornis	-	-	3,3	3,8-6,1*	1,7-2,6**	0,64
Voortijdig orgasme	-	-	-	-	0,0-0,9**	0,06
<i>Vrouwen</i>						
Seksuele disfuncties	24,6	8,2	-	-	1,6	0,21
Verminderd seksueel verlangen	8,1	-	-	-	0,3	0,08
Dyspareunie	9,9	-	-	-	1,1	0,11
Vaginisme	3,1	-	-	-	0,0-0,2**	0,03

* Het eerste cijfer is de incidentie van een erectiestoornis vóór, het tweede cijfer de incidentie na de introductie van siidenafil.

** Het eerste getal is de minimale incidentie en het tweede getal de maximale incidentie.

die van Frenken e.a. werd de huisarts daarbij gevraagd hoeveel patiënten met een seksueel probleem hij of zij de afgelopen week op het spreekuur had gezien. Volgens Frenken waren “nagenoeg” alle seksuele problemen die daarbij aan de orde kwamen voor het eerst ingebracht. Nauwgezette registratie hiervan heeft echter niet plaatsgevonden. Ook om die reden kan dus sprake zijn geweest van overschatting. Bij de studie van Broekman werd de huisartsen gevraagd hoeveel patiënten met erectieproblemen zij de afgelopen 12 maanden op het spreekuur hadden gezien. Dat is voor het doen van betrouwbare uitspraken een lange periode. De gevonden incidentie is daardoor mogelijk onnauwkeurig. In de studie van Wigersma werden de huisartsen niet geïnterviewd, maar gevraagd om gedurende een periode van 12 maanden na afloop van het consult seksuele problemen te registreren. Het is mogelijk dat seksuele problemen tijdens de dataverzamelingsperiode daardoor beter zijn gesignaleerd. Net als in de studie van Frenken e.a. valt daarnaast niet uit te sluiten dat relatief veel problemen (achteraf) als ‘seksueel probleem’ zijn aangemerkt.

In de studies van Vliet Vlieland e.a. en Van der Linden e.a. was de dataverzameling niet specifiek gericht op seksuele problemen. In deze studies werden de gegevens verzameld met behulp van een consultgebonden registratienetwerk. Belangrijk verschil tussen beide studies is dat in de studie van Vliet Vlieland e.a. de incidentie van erectieproblemen niet alleen met de betreffende ‘International Classification of Primary Care’ (ICPC) codes, maar ook met codes met betrekking tot de voorgeschreven medicatie zijn nagetrokken waardoor de incidentiecijfers mogelijk relatief hoog uitvallen. In de huidige studie werd, anders dan in de studies van Vliet Vlieland e.a. en Van der Linden e.a., slechts een beperkt aantal gezondheidsproblemen – waaronder seksuele problemen – geregistreerd. Dat zal veelal niet direct na het consult hebben plaatsgevonden. Als sprake was van een seksueel probleem diende bovendien een uitgebreide vragenlijst te worden ingevuld. Waarschijnlijk zullen seksuele problemen mede daardoor niet in alle gevallen op de weekstaat zijn vermeld.

Conclusie

De incidentie van seksuele problemen is in de huidige studie relatief laag, ook in vergelijking met een aantal recent uitgevoerde studies onder huisartsen. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de wijze waarop in deze studie naar seksuele en seksueel-geweldproblemen is gevraagd. Een belangrijk voordeel van de huidige opzet, in vergelijking met die van Van der Linden e.a., is dat veel specifiekere informa-

tie beschikbaar is over de aard van de problematiek en over het huisartsgeneeskundig handelen daarbij. Dat waarschijnlijk niet alle patiënten met seksuele of seksueel-geweldproblemen door de huisarts zijn geregistreerd en dat onduidelijk is of daarbij sprake is van een representatieve groep, doet de toegevoegde waarde echter voor een deel te niet.

Literatuur

- Bartelds, A.I.M. (2004). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2003*. Utrecht: NIVEL.
- 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.
- Dulk, C.J. den, Stadt, H. van der, & Vliegen, J.M. (1992). Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. *Maandstatistiek van de Bevolking*, 7, 14-27.
- Frenken, J., Rodenburg, K., & Stolk, B. van (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening* (Relatie en seksualiteit). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kolthof, E. (2004). Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 441.
- Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie. (1998). *Codering seksuele problemen*. Utrecht: Auteur.
- Leusink, P. (2001). Seksualiteitshulpverlening in Nederland [recensie]. *Huisarts en Wetenschap*, 44, 368.
- Linden, M.W. van der, Westert, G.P., Bakker, D.H. de, & Schellevis, F.G. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Vliet Vlieland, C., Eekhof, J., Schuil, S., Maris, C., De Bock, T., Ong, R., & Springer, C. (2002). Erectiele disfunctie in de huisartsenpraktijk: Veranderingen in incidentie en in beleid van de huisarts sinds de introductie van sildenafil. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 239-244.
- Vroege, J.A. (2004). *LOPS-registratie 2002*. Utrecht: Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie/Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A., & Berlo, W. van (2003). De medische en seksuologische hulpverlening bij de eerstelijnscentra. In C. Wijsen & J. Rademakers, *Abortus in Nederland 2001-2002. Verslag van de landelijke abortusregistratie* (RNG-studies, nr 5; pp. 45-68). Delft: Eburon.
- Vroege, J.A., Nicolai, L., & Wiel, H. van de (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit* [proefschrift]. Lelystad: MediTekst.

Abstract

The incidence of sexual problems in general practice – data from the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations the Netherlands

Background: In 2003 data on the incidence of sexual problems were gathered at 42 Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands.

Methods: GP's working at these Sentinel Stations were asked to record weekly all patients with sexual problems (including problems with sexual violence). In an additional questionnaire they subsequently were to specify these problems, using the classification of the National Association of Sexual Outpatient Clinics (LOPS).

Results: According to the GP's 98 patients presented a 'new' sexual (violence) problem during this year. The incidence of these problems is therefore 69 per 100.000 enlisted patients – 103 per 100.000 men and 36 per 100.000 women. Among men erectile disorder was (by far) the most frequently mentioned sexual problem; among women it was dyspareunia.

Conclusion: Compared to other Dutch studies in general practice the incidence of sexual problems in this study is relatively low. Methodological differences between the studies will explain an important part of the variation. Besides, the fact that today a smaller number of GP's consider the treatment of sexual problems as part of their job might be one of the causes. The incidence of sexual (violence) problems in general practice is probably underestimated in this study.