

# Geslachtsziekten bij homoseksuele mannen, waarheen?

Het probleemaanbod in de Weekendpolikliniek Geslachtsziekten in Amsterdam

L. WIGERSMA\*

De Weekendpolikliniek Geslachtsziekten in Amsterdam is een categorale voorziening voor geslachtsziektenbestrijding, bedoeld voor homoseksuele mannen die zich niet tot andere eerstelijns voorzieningen willen wenden. In 1983-84 bezochten 560 mannen de polikliniek, met in totaal 688 nieuwe problemen; daarnaast waren er 312 vervolggconsulten. Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bezoekers kwam van buiten Amsterdam, meestal uit kleine gemeenten. Niet-somatische problemen speelden een belangrijke rol en in ruim de helft van de gevallen werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden.

## Inleiding

Geslachtsziekten zijn geen gemakkelijk onderwerp in de medische hulpverlening: veel artsen zijn niet erg toegankelijk voor deze problematiek en patiënten zijn vaak weinig geneigd om zich hiermee tot hun huisarts te wenden.<sup>1 2</sup> Vooral in de grote steden leidt dat tot een grote toeloop naar de drempelvrije geslachtsziektenpoliklinieken.<sup>3</sup> Ten aanzien van geslachtsziekten bij homoseksuelen komt daar nog bij dat ook in de hulpverlening seksualiteit tussen mannen veelal op meer emoties en weerstanden stuit dan heteroseksualiteit.<sup>4</sup>

Deze emoties en weerstanden komen in maatschappelijk opzicht tot uiting in het grote aantal homoseksuelen dat niet of slechts incidenteel voor zijn verlangens durft uit te komen of problemen heeft met de acceptatie, en in het bestaan van een uitgebreide homoseksuele subcultuur.<sup>5 6</sup> Met name homoseksuele mannen gaan niet gemakkelijk met een geslachtsziekte naar hun huisarts.<sup>2 7</sup>

Sinds maart 1983 functioneert in Amsterdam de Weekendpolikliniek Geslachtsziekten voor homoseksuele mannen. Deze bijzondere voorziening is in het leven geroepen, omdat de bestaande medische zorg niet voldoende is toegereust voor de gezondheidsproblemen van

deze categorie, die bovendien de belangrijkste risicogroep vormt voor seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Daar komt bij dat Amsterdam een nationaal en internationaal centrum voor homoseksuele mannen is.

De weekendpolikliniek is bedoeld als een aanvullende eerstelijns voorziening, naast huisarts en GG en GD. Van meet af aan heeft vastgestaan dat de polikliniek geen doel op zichzelf is, maar een middel om de gangbare medische hulpverlening voor iedereen aanvaardbaar te helpen maken. Dat kan onder meer bereikt worden door kennis en ervaring ter beschikking te stellen van zowel de gezondheidszorg als de homoseksuele populatie.

Het volgende overzicht van twee jaar categorale medische hulp bij geslachtsziekten biedt inzicht in het patroon van hulpvragen, diagnoses en problemen op het gebied van SOA's bij homoseksuele mannen. Dit is onder meer van belang voor de huisarts, tot wiens taak de hulpverlening bij SOA's immers behoort.

## De Weekendpolikliniek

De Weekendpolikliniek Geslachtsziekten is gevestigd: Bachplein 12, 1077 GJ Amsterdam. Er zijn spreekuren op vrijdag- en zaterdagavond (19.00-21.00 uur) en op zondagmiddag (14.00-15.00 uur). Tijdens de spreekuren is de polikliniek ook telefonisch bereikbaar: 020-79 85 34.

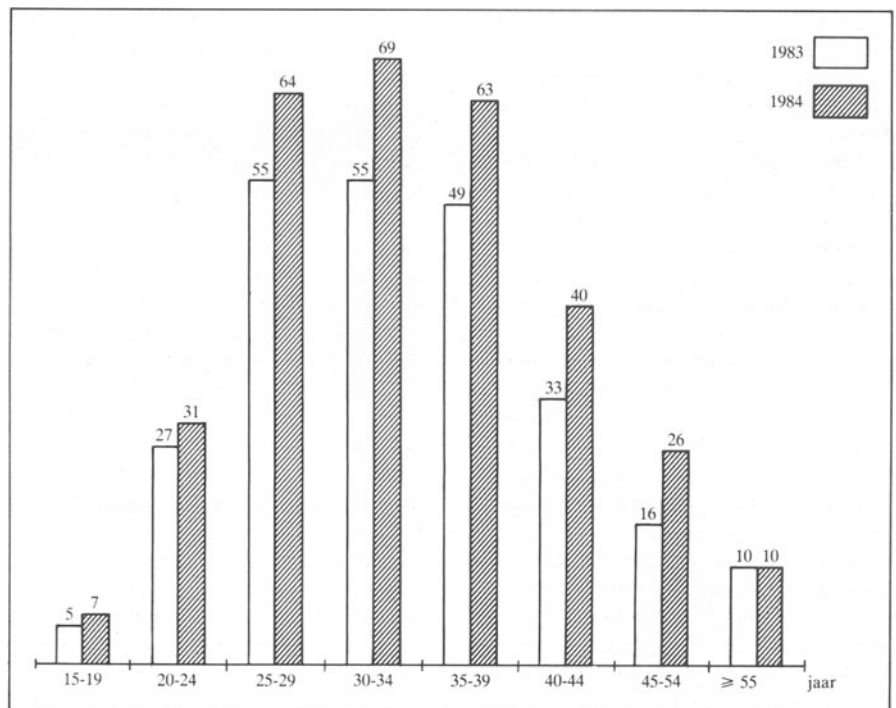
Alle medewerkers zijn vrijwilligers; de spreekuren worden gehouden door specialisten en huisartsen. Er worden regelmatig nascholingsbijeenkomsten georganiseerd om de deskundigheid van de artsen op peil te houden. Binnen de polikliniek is een uitvoerig SOA-protocol ontwikkeld, dat als leidraad dient voor nascholing en toetsing en dat in principe ook in de huisartspraktijk toepasbaar is.

Elke bezoeker betaalt een vaste prijs, die kostendekkend is. Bacteriologisch en serologisch onderzoek wordt op rijkskosten verricht door het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid.

Aan elke patiënt wordt bij de intake gevraagd, waarom hij de voorkeur geeft aan de weekendpolikliniek boven andere voorzieningen. Tijdens het consult wordt tijd en aandacht besteed aan de somatische, psychische en sociale aspecten van de hulpvraag, en aan individuele preventieve en hygiënische adviezen.

In de loop van 1984 is een probleemgeoriënteerde status ingevoerd, omdat bleek dat de tot dan toe gebruikte status

Figuur. Leeftijdsverdeling nieuwe bezoekers.



\* Huisarts en medewerker van de Weekendpolikliniek Geslachtsziekten te Amsterdam.

onvoldoende mogelijkheden bood tot gedifferentieerde verslaglegging. Aan de nieuwe status is een registratie- en coderingssysteem ten behoeve van onderzoek gekoppeld, dat is afgeleid van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>8</sup> In verband met deze wijziging zijn achteraf enige correcties toegepast, zodat de cijfers over 1983 en 1984 nu vergelijkbaar zijn.

## Bezoekers, consulten

De leeftijdsverdeling van de bezoekers was in beide jaren vrijwel gelijk (*figuur*).

Gerekend op jaarbasis, steeg in 1984 het aantal nieuwe consulten met 10 procent (*tabel 1*); bij de Afdeling Geslachtsziektenbestrijding van de GG en GD te Amsterdam trad in hetzelfde jaar een daling op van 6 procent.<sup>10</sup>

Het percentage heteroseksuele bezoekers was in beide jaren hoog. Dit wordt verklaard uit het feit, dat ziekenhuizen en andere instellingen zonder onderscheid verwijzen naar de weekendpolikliniek; de geslachtsziektenbestrijding in de tweede lijn is in het weekend blijkaar verre van optimaal. Vanuit medisch oogpunt is dat overigens ook niet absoluut noodzakelijk, maar veel van onze bezoekers met acute klachten hechten grote waarde aan onmiddellijke behandeling. Vermoedelijk wordt elders vaak onvoldoende rekening gehouden met de emotionele beladenheid van dergelijke klachten.

In *tabel 2* is weergegeven, welke redenen door nieuw ingeschreven homo- en biseksuele bezoekers werden opgegeven om de weekendpolikliniek te bezoeken; velen gaven meer dan één reden op. De heteroseksuele bezoekers noemden in 90 procent van de gevallen de gunstige openingstijden. Overigens is de antwoordcategorie 'gunstige openingstijden' aanzienlijk neutraler dan de andere, die meer openhartigheid vereisen; waarschijnlijk is daardoor het beeld enigermate vertekend.

Zoals verwacht, heeft de weekendpolikliniek zowel een plaatselijke als een landelijke functie (*tabel 3*). Er is een toename te constateren van het percentage (Nederlandse) bezoekers van buiten Amsterdam. Van hen is 90 procent homoseksueel. Eveneens 90 procent is afkomstig uit gemeenten met minder dan 50.000 inwoners. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen, of deze gegevens verband houden met een geringere sociale acceptatie van homoseksueel gedrag in kleinere gemeenten, respectievelijk met een grotere sociale controle. Het is

aannemelijk dat maatschappelijke en sociaal-geografische factoren van invloed zijn op de mate waarin en de wijze waarop homoseksueel gedrag wordt geuit c.q. geaccepteerd.<sup>6 10 11</sup> Het feit dat veel homoseksuele mannen worden aangetrokken door het relatief tolerante klimaat in Amsterdam en zich daar vestigen, wijst ook in die richting.

## Redenen van komst en diagnoses

De verschillen in klachtenpatroon tussen homo- en heteroseksuele mannen zijn opvallend (*tabel 4*). Terwijl heteroseksuele mannen in veruit de meeste gevallen komen voor acute urethritis-klachten, ligt daar bij homoseksuele mannen allerminst de nadruk op. De categorie 'geen klachten' is bij hen zelfs groter.

Met betrekking tot de hulpvragen op het gebied van AIDS zij vermeld, dat is gebleken dat de registratie achterblijft bij de werkelijkheid. Bovendien is er een uitgebreide telefonische consultatie: in 1984 heeft de polikliniek circa 300 telefonische vragen om advies ontvangen, waarvan 70 procent betrekking had op AIDS.

Beschouwing van de gegevens in *tabel 5* geeft aanleiding tot de volgende opmerkingen:

- Bij homo- en biseksuele mannen is het aandeel van zowel gonorrhoe (alle lokalisaties) als niet-gonorrhoeïsche urethritis duidelijk afgenomen in 1984. Voor gonorrhoe is dat consistent met de gegevens van de GG en GD. Net als bij de GG en GD is er een lichte stijging in de incidentie van niet-gonorrhoeïsche proctitis.
- De verhouding tussen gonorrhoeïsche en niet-gonorrhoeïsche urethritis bij heteroseksuele mannen wijkt af van het bij de GG en GD gevonden patroon. Dit verschil is wellicht te verklaren uit het feit, dat de polikliniek vooral door heteroseksuele mannen met acute klachten wordt bezocht en dat gonorrhoe vaker een acuut beloop heeft dan niet-gonorrhoeïsche urethritis.
- Het aandeel van lues (I, II en latens) bij homo- en biseksuele mannen is eveneens afgenomen in 1984. Deze ontwikkeling is in overeenstemming met de bevindingen bij de geslachtsziektenpoliklinieken van de GG en GD.
- De categorieën 'angst voor SOA', 'angst voor AIDS' en 'psychoseksuele

**Tabel 1.** Algemene gegevens.

	1983 <sup>a</sup>	1984	Totaal
Nieuw ingeschreven patiënten	250	310	560
Nieuwe consulten	288	400 <sup>b</sup>	688
Aantal patiëntcontacten	420	580	1000
Aantal hulpvragen	337	569	906
Aantal diagnoses	308	487	795

<sup>a</sup> Over 9½ maand. <sup>b</sup> Inclusief consulten van in 1983 voor het eerst ingeschreven patiënten.

**Tabel 2.** Redenen van voorkeur voor de weekendpolikliniek boven andere voorzieningen, zoals opgegeven door nieuw ingeschreven homo- en biseksuele bezoekers. Percentages van het totaal aantal redenen per jaar.

	1983 (n = 205)	1984 (n = 243)
Gunstige openingstijden	52	41
Voorkeur voor homoseksuele arts / slechte ervaringen elders	37	40
Doorverwijzing van elders	1,5	
Andere reden/onbekend	9,5	19

**Tabel 3.** Herkomst van de bezoekers (nieuwe consulten). Percentages.

	1983 (n = 288)	1984 (n = 400)
Amsterdam en randgemeenten	64	58
≤ 50 km van Amsterdam	12	19
> 50 km van Amsterdam	13	14
Buitenland, Europa	6	5
Buitenland, buiten Europa	4	3
Onbekend	1	1

**Tabel 4. Redenen van komst. Aantallen.**

	1983			1984		
	Homo/bi (n = 165)	Hetero (n = 68)	Totaal (n = 233)	Homo/bi (n = 280)	Hetero (n = 110)	Totaal (n = 390)
Afscheiding urethra / branderigheid of pijn bij plassen	51	50	101	86	80	166
Ulcera / blaasjes / erosies aan (glans) penis	10	5	15	31	13	43
Anale afscheiding / endeldarmkrampen / diarree / perianale klachten	19	—	19	30	1	31
Mond- en keelklachten	8	1	9	14	2	16
Wratten	8	—	8	6	—	6
Aspecifieke klachten geslachtsorganen en huid (met of zonder jeuk)	12	5	17	15	6	21
Geen klachten; mogelijk besmet contact	25	5	30	29	4	33
Geen klachten; verzoek om onderzoek op SOA	30	—	30	72	5	77
Angst / bezorgdheid voor SOA	12	2	14	19	8	27
Angst voor / klachten inzake / vragen over AIDS	18	—	18	39	3	42
Psychoseksuele en leefstijlproblemen	niet geregistreerd			10	8	18
Adviesvragen over SOA	niet geregistreerd			9	3	12
Subtotaal	193	68	261	361	133	494
Overige redenen	57	19	76	49	26	75
Totaal	250	87	337	410	159	569

**Tabel 5. Diagnosen. Aantallen.**

	1983			1984		
	Homo/bi (n = 165)	Hetero (n = 68)	Totaal (n = 233)	Homo/bi (n = 280)	Hetero (n = 110)	Totaal (n = 390)
<i>Gonorrhoe</i>						
– urethra	21	28	49	27	45	72
– anorectaal	17	—	17	15	—	15
– pharynx	5	3	8	—	—	—
Niet-gonorrhoeïsche urethritis	30	13	43	36	29	65
Niet-gonorrhoeïsche proctitis	3	—	3	8	—	8
<i>Lues</i>						
– lues I	2	1	3	2	1	3
– lues II en latens	7	1	8	10	1	11
Herpes genitalis	5	1	6	5	1	6
Condylomata acuminata	10	—	10	13	—	13
Scabies	1	—	1	2	—	2
Pediculosis pubis	5	3	8	3	2	5
Candida balanitis	2	4	6	3	3	6
Angst voor SOA, geen symptomen	niet geregistreerd			6	5	11
Angst voor AIDS, geen symptomen	10	—	10	25	1	26
Psychoseksuele problemen	1	—	1	20	7	27
Urethrasymptomen, geen diagnose	17	8	25	11	3	14
Erosies geslachtsorganen	12 <sup>a</sup>			22	12	34
Endeldarm- en perianale aandoening	5 <sup>a</sup>			8	—	8
Geen afwijkingen	52	25	77	96	4	100
Subtotaal	187	87	301	312	114	426
Overige diagnosen	6	1	7	45	16	61
Totaal	193	88	308	357	130	487

<sup>a</sup> In 1983 nog niet uitgesplitst.

problemen' bij homo- en biseksuele mannen vormen in 1984 tezamen 14,5 procent van alle diagnoses. Als de categorie 'geen afwijkingen' niet wordt meegerekend, loopt dat zelfs op tot 20 procent. Gezien de eerder vermelde onderregistratie met betrekking tot AIDS valt dat cijfer in werkelijkheid waarschijnlijk nog hoger uit. Hieruit is op te maken dat een belangrijk percentage van de hulpvragen uiteindelijk blijkt te berusten op niet-somatische problemen. Deze bevinding vertoont frappante gelijkens met het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk.<sup>12</sup>

In tabel 6 is voor vier categorieën hulpvragen een cumulatief overzicht gegeven van de relatie tussen hulpvraag en diagnose. Bij de laatste twee categorieën, die bijna uitsluitend van homoseksuele mannen afkomstig zijn, blijken de diagnoses zeer gevarieerd. Ondanks het grote aantal gevallen waarin geen afwijkingen werden gevonden, kunnen deze cijfers beschouwd worden als een pleidooi voor een regelmatige controle op SOA's bij homoseksuele mannen met wisselende seksuele partners. Het is bemoeiend, te constateren dat een belangrijk percentage van de patiënten zich daarvan bewust is.

### Beschouwing

De cijfers van de weekendpolikliniek betreffende homo- en biseksuele mannen zijn vergelijkbaar met de cijfers van de drempelvrije geslachtsziektenpoliklinieken in Amsterdam. De selectie in het patiëntenaanbod bij deze poliklinieken en bij de weekendpolikliniek hangt samen met zulke uiteenlopende factoren als: beschikbaarheid van de voorziening, kosten, de wens tot ananieme behandeling, het ontlopen van mogelijke sociale controle elders en slechte ervaringen elders. Vooral de laatste drie factoren spelen een belangrijke rol. Er zijn aanwijzingen dat veel homoseksuele mannen die zich met een geslachtsziekte tot hun huisarts wenden, de geboden hulp als onvoldoende adequaat c.q. begripvol beoordelen. Gezien het feit dat in 1984 32,5 procent van de (Nederlandse) bezoekers van de weekendpolikliniek van buiten Amsterdam kwam – ondanks de drempels van consultprijzen en reiskosten – geldt dat waarschijnlijk nog meer voor de periferie dan voor Amsterdam. Voor huisartsen, met name in kleinere gemeenten, is er dan ook reden genoeg om rekening te houden met de belemmeringen die homoseksuele mannen kunnen

ondervinden bij het zoeken naar hulp bij geslachtsziekten en vragen over AIDS.

Bij 20-25 procent van de homo- en biseksuele bezoekers van de weekendpolikliniek bestaat de hulpvraag uit een verzoek om onderzoek te worden, zonder dat zij klachten hebben. Dit wijst op een redelijk besef van de risico's die men loopt bij een promiscue leefstijl, hetgeen van betekenis is voor de interpretatie van dergelijke vragen. Bij de heteroseksuele bezoekers is dat patroon niet aanwezig, wat te verklaren is door de andere seksuele gewoonten en het feit dat de meesten van elders doorgestuurd zijn.

De procentuele afname van gonorrhoe en lues bij homo- en biseksuele mannen zou kunnen wijzen op een veranderend seksueel gedragspatroon, met name door de dreiging van AIDS. De andere kant van deze medaille is, dat het aantal hulpvragen met betrekking tot AIDS onder homoseksuele mannen sterk toeneemt. Daarmee moet overal in de gezondheidszorg rekening worden gehouden. Met nadruk zij nog eens gewezen op de ingrijpende consequenties van AIDS voor homoseksuele mannen – ook in psychisch en sociaal opzicht – en op de moeilijkheden die dat met zich mee kan brengen in het hulpverleningscontact.

Het blijkt dat hulpvragen op het gebied van SOA's en AIDS voor patiënten vaak een emotionele connotatie heb-

ben, waarvoor zij onvoldoende gehoor (menen te) kunnen vinden bij andere medici. In het weekend is dat wel heel pregnant, getuige de vele verwijzingen vanuit ziekenhuizen van met name heteroseksuele mannen.

Belangrijk is tenslotte de bevinding, dat hulpvragen van homo- en biseksuele mannen op het gebied van SOA's en AIDS in een aanzienlijk deel der gevallen (circa 20 procent) blijken te berusten op niet-somatische problemen.

De weekendpolikliniek geslachtsziekten voorziet in een getalsmatig bescheiden behoefte aan categorale medische hulp bij SOA's. Afgaand op het aantal nieuwe consulten lijkt die behoefte toe te nemen. Belangrijker echter dan de omvang van deze categorale zorg, is de achtergrond ervan. Een onbekend maar vermoedelijk aanzienlijk aantal homoseksuele mannen vindt, dat de algemene medische hulpverlening niet of onvoldoende aansluit op hun behoeften, zorgen en noden op het gebied van SOA's. Zowel objectieve als subjectieve factoren zijn daarvoor verantwoordelijk. Op zichzelf is dat al aanleiding genoeg tot bezinning. De kennis en ervaring van de weekendpolikliniek kunnen daarbij van nut zijn. Hoewel sommige bevindingen van de weekendpolikliniek tot verder onderzoek uitnodigen, lijkt er nu al voldoende grond te bestaan om die bezinning vorm te geven in nascholing en toetsing. Daarbij

**Tabel 6.** Belangrijkste hulpvragen en gestelde diagnoses, 1983-1984.

Hulpvraag	Aantal	Diagnosen	Percentage <sup>a</sup>
Afscheiding urethra / branderigheid of pijn bij plassen	267	Gonorrhoeïsche urethritis	41
		Niet-gonorrhoeïsche urethritis	37
		Urethrasymptomen, geen diagnose	14
		Overige diagnoses, geen afwijkingen	7
Ulcera / blaasjes / erosies aan penis en eikel	58	Erosies	56
		Herpes genitalis	20
		Lues	12
		Overige diagnoses, geen afwijkingen	12
Geen klachten, mogelijk besmet contact	63	Geen afwijkingen	52
		Gonorrhoe	28
		Lues	7
		Overige diagnoses	13
Geen klachten, verzoek om onderzoek	107	Geen afwijkingen	85
		Lues	6
		Overige diagnoses	9

<sup>a</sup> Aantal desbetreffende hulpvragen = 100 procent.

## Summary

**Wigersma L. Venereal diseases in male homosexuals, whither? Problem presentation at the Weekend Clinic for Venereal Diseases in 1983 and 1984. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 77-81.**

The Weekend Clinic for Venereal Diseases in Amsterdam is an auxiliary primary care facility intended for male homosexuals who do not take their problem to a general practitioner or to the Municipal Health Service because they expect or have experienced problems of communication in connection with their homosexuality or because, having insufficiently accepted or wishing to conceal their homosexuality, they fear social control. For these male homosexuals categorical care is a boon. The discrepancy between the available medical care and its subjective appreciation by an unknown number of male homosexuals should be corrected, for instance by making available the knowledge and experience gained at the Weekend Clinic in Amsterdam.

An analysis of morbidity data for 1983 and 1984 shows that a total of 560 males attended the clinic in 1000 patient encounters: 688 new problem encounters and 312 follow-up encounters. Upon 906 requests for help, 795 diagnoses were made. In 1983, 64 percent of those attending the clinic came from Amsterdam, 25 percent from elsewhere in The Netherlands, and 9.6 percent from abroad. The corresponding percentages in 1984 were 58, 32.5 and 8.

Male homosexuals accounted for 30 percent of all clinic visitors; they mostly came from Amsterdam, as a rule with a referral from a hospital. The patients from outside Amsterdam, 90 percent of whom were homosexual, came for the

most part from smaller communities. This suggests less social acceptance of homosexuality and greater fear of social control in smaller communities.

The principal problem categories of male homosexuals were: urethral discharge (20.4 percent in 1983 and 21 percent in 1984); request for examination for sexually transmitted diseases without symptoms (12 and 17.6 percent); possibly infected contact (10 and 7.1 percent); ulcers and erosions of the penis (4.0 and 7.6 percent); AIDS (7.2 and 9.5 percent) and anorectal complaints (7.6 and 7.3 percent). Of the heterosexual males, more than 50 percent presented with complaints of urethritis. The difference in problem pattern between male homosexuals and male heterosexuals can be explained from a difference in sexual culture, the fact that most male heterosexuals had been referred, and a fair understanding of health risks among male homosexuals.

The small percentage of gonorrhoeal infections in male homosexuals stands out among the diagnoses: 22.3 percent in 1983 and 11.7 percent in 1984. This decrease, like that in syphilis, is probably explained by a changing pattern of sexual behaviour under the pressure of the AIDS threat.

An important percentage of the requests for help by male homosexuals in the end proved to be based on non-somatic problems. A sexually transmitted disease was found in 48 percent of the men after possibly infected contact; the remaining 52 percent showed no abnormality. Men who asked for an examination although they were asymptomatic, were found to be free of lesions in 85 percent of cases.

**Keywords:** Homosexuality; Venereal diseases.

**Address of author:** Marnixkade 81-III, 1015 ZG Amsterdam, The Netherlands.

zal het accent onvermijdelijk meer en meer komen te liggen op AIDS en verwante problemen.

<sup>1</sup> Frenken J. Huisarts en hulpverlening bij seksuele moeilijkheden. Drie basisvoorwaarden nader belicht. SOA-bulletin 1982; 3(2): 3-5.

<sup>2</sup> Shadid MA, Sammy M. Geslachtsziektenbestrijding in Rotterdam. Rotterdam: Dienst Geslachtsziektenbestrijding, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 1985.

<sup>3</sup> Wigersma L. Seksueel overdraagbare aandoeningen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 197-202.

<sup>4</sup> Thiecke B, Wigersma L. Huisarts en mannelijke homoseksualiteit. Kompas voor de huisarts 1981; E-17 1-13.

<sup>5</sup> De Regt J, Van Stolk B. Zelfaanvaarding van homoseksuelen. Maandblad Geest Volksgezondh 1979; 34: 3-17.

<sup>6</sup> Sanders G. Het gewone en het bijzondere van de homoseksuele leefsituatie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.

<sup>7</sup> Van Wijngaarden JK. Ervaringen van homoseksuele patiënten met hun artsen [Doctoraalscriptie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982.

<sup>8</sup> Anonymous. Manual for use of ICPC in relevance studies. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1985.

<sup>9</sup> Afdeling geslachtsziektenbestrijding GG en GD. Jaarverslagen 1983 en 1984. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst 1984, 1985.

<sup>10</sup> Tielman R. Homoseksualiteit in Nederland. Meppel: Boom, 1982.

<sup>11</sup> Van der Feen RJ, Sanders G. Homoseksuele jongeren en hun ouders. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.

<sup>12</sup> Lamberts H. Ziektepatronen in huisartspraktijken in Nederland. In: Van Es JC, Joossens JV, Mandema E, Olthuis G, red. Het medisch jaar 1982. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.