

verre van ideaal. Het misverstand dat acupunctuur voor alles altijd zou helpen en een wondermiddel zou zijn leeft door gebrek aan reële voorlichting bij vele patiënten. Daartegenover staat de afwijzende houding van vele artsen ten aanzien van de acupunctuur. Dit komt enerzijds voort uit het (nog) ontbreken van wetenschappelijke verklaringen, anderzijds uit een tekort aan kennis en informatie. Het gevaar doet zich voor dat acupunctuur op deze manier een geïsoleerde plaats blijft innemen, net buiten onze gezondheidszorg. De als paddestoelen uit de grond rijzende acupunctuurklinieken, waarbij de bedoelingen van sommigen vaak niet duidelijk zijn, werken dit wellicht nog verder in de hand.

Het is dan ook van belang zich af te vragen hoe de verdere ontwikkeling zal moeten gaan plaatsvinden. Niet alleen onderzoek en onderwijs op universitair terrein, doch ook extra belangstelling bij huisartsen en andere eerstelijnerwerkers zal een belangrijke bijdrage kunnen leveren tot een zinvolle toepassing van acupunctuur in de toekomst. Gezien de ervaringen in Ommoord lijkt acupunctuur binnen de eerste lijn tot de reële mogelijkheden te behoren.

Summary. Acupuncture. A try-out at the Ommoord health centre. The rise of acupuncture is an interesting phenomenon which can no longer be disregarded. At the Ommoord health centre, two general practitioners gained preliminary experience in applying acupuncture. After a brief description of a number of basic data, this application is explained in some detail.

A few results were analysed on the basis of an inquiry held in a small group of patients treated. These results warrant the tentative conclusion that acupuncture can be effective and meets a demand. Further development of this technique in the context of primary health care seems sensible.

Academy of traditional chinese medicine.

An outline of Chinese acupuncture.

Foreign language press, Peking, 1975.

Bischko, J. Einführung in die Akupunktur.

Haug Verlag, Heidelberg, 1972.

Bos, T. W. en R. W. D. Gorter (1977) Tijdschrift alcohol en drugs 3, 21-28.

Duke, M. Acupunctuur. Bert Bakker, Den Haag, 1975.

Dijk, P. van. Geneeswezen in Nederland. Ankh-Hermes, Deventer, 1976.

Mann, F. Geneezing door acupunctuur. De Driehoek, Amsterdam 1973.

huisarts & praktijk

Parasitaire infecties in de huisartspraktijk

Een huisarts die routinematig patiënten met oxyuren en luizen behandelt, realiseert zich nauwelijks dat hij met een parasitaire infectie te maken heeft. Toch is het niet zo lang geleden dat in Nederland enkele gevaarlijke parasitaire ziekten heersten, zoals malaria en trichiuriasis.

Door de komst van Surinamers en gastarbeiders en niet het minst door de toegenomen reislust, dient de huisarts thans weer rekening te houden met enkele importziekten, waarvan hij de symptomatologie niet meer paraat heeft. Vaak is echter de huisarts de eerste die in staat is een dergelijke ziekte te herkennen. De auteur beoogt met deze bijdrage uw aandacht hierop te vestigen.

Enige tijd geleden werd één van de Nieuwkoopse huisartsen tijdens een weekenddienst geroepen bij een dertigjarige man die acuut hoge koorts – 40° Celsius – had gekregen, één dag nadat hij was thuisgekomen van een reis naar West-Afrika. De patiënt klaagde over koude rillingen, spierpijn en hoofdpijn en vertelde uit zichzelf dat hij de noodzakelijke malaria-profylaxe niet goed had toegepast. De diagnose lag voor de hand: malaria tropica. Hij werd opgenomen in een Academische kliniek – waar de diagnose werd bevestigd – en kon reeds na een week genezen worden ontslagen. Dit ziektegeval vormde de aanleiding tot het schrijven van het hierna volgende artikel.

Morbiditeit

Verschillende ziektebeelden kunnen – ook in Nederland – door dierlijke parasieten worden veroorzaakt. Alvorens nu enkele ziektebeelden zeer globaal te bespreken, zou ik erop willen wijzen dat de medische parasitologie een interessant onderwerp is om enkele veranderingen in het morbiditeitspatroon gedurende de laatste – laat ons zeggen – vijftig jaar te demonstreren. Door allerlei veranderingen in de maatschappij – teveel om op te noemen –

zijn er ziekten verdwenen en vroeger in ons land onbekende ziekten gekomen.

In 1975 hebben *Vesseur* en *Bremer* meer dan vijftig jaargangen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde doorgenomen om te zien wat voor publikaties door huisartsen waren geschreven. Het ging alleen om bijdragen waarin verslag werd uitgebracht van een onderzoek. Van de in totaal 81 artikelen behandelden er acht

**DR. G. J. BREMER*,
HUISARTS TE NIEUWKOOP**

een parasitologisch onderwerp (*Tabel II*). Parasitologische vraagstukken waren een enkele keer onderwerp voor een dissertatie. Vanaf 1900 schreven ruim 200 huisartsen een proefschrift. Drie behandelden een parasitologisch onderwerp en wel: Boer, J. J. *Ascaris lumbricoides* in een dorpspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen, 1963. Doeleman, H. De malaria-epidemie te Middelburg in de jaren 1940 tot en met 1945. Academisch proefschrift, Leiden, 1946.

Lith de Jeude, A. H. van. *Trichomonas vaginalis* heeft geen pathogene betekenis. Academisch proefschrift, Utrecht, 1952. Op deze laatste titel kom ik straks nog terug. Bestuderen wij het proefschrift van

*Buitengewoon lector aan de Rijksuniversiteit te Leiden, Vakgroep Huisartsgeneeskunde.

Tabel I. Nieuwe gevallen, door huisartsen gediagnostiseerd, van endemische parasitaire ziekten in Nederland per 10.000 ingeschrevenen per jaar (Naar Oliemans).

„Fluor“	106.4
Oxyuriasis	41.1
Pediculosis	38.3
Taeniasis	10.9
Ascariasis	8.4
Scabies	2.5
Toxoplasmosis	0.8

Oliemans over morbiditeit in de huisartspraktijk, dan vinden wij als parasitaire ziekten slechts genoemd: oxyuriasis, scabies, taeniasis en overige helminthiasis, ascariasis, toxoplasmosis, pediculosis en „fluor“. Deze laatste „ziekte“ noem ik, omdat de verwekker heel dikwijls de trichomonas vaginalis is (Tabel I).

Verleden en heden

Vergelijken wij nu het verleden met het heden dan kunnen wij zeggen dat:

- Malaria en trichinose in ons land als endemische ziektebeelden zijn verdwenen;
- oxyuriasis, pediculosis en fluor vaginalis (vaak veroorzaakt door trichomonas vaginalis) nog zeer veel voorkomen;
- de ascariis infectie sterk is afgenomen;
- toxoplasmose pas in 1923 is ontdekt en dat
- scabies nog steeds zo nu en dan voorkomt.

Epidemiologisch is het interessant dat bijvoorbeeld malaria in Nederland niet meer voorkomt omdat de anopheles mug is verdwenen. Tot 1958 kwam deze ziekte nog endemisch in ons land voor. De mug is eigenlijk verdwenen door de „vervuiling“ en door het gebruik van insecticiden (Seventer). Terwijl de trichiuriasis bij de mens vrijwel niet meer wordt gezien in ons land, heeft onderzoek van mestvarkens aangetoond dat trichinella spiralis nog wel degelijk bij deze dieren voorkomt en dat deze

Tabel II. Artikelen over parasitologische onderwerpen geschreven door huisartsen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1900 – 1957 (Vesseur en Bremer).

Onderwerp	Jaartal
Trichinose	1910
Trichinose	1910
Malaria	1921
Malaria	1922
Malaria	1923
Malaria	1923
Trichomonas vaginalis	1932
Oxyuriasis	1947

varkens zodoende potentiële infectiebronnen blijven (Sluiters en Ruitenbergh).

Verandering milieu

Opvallend is dat verandering in het milieu in de huizen aanleiding heeft gegeven tot veranderingen in de populatie van „schadelijke kleine diertjes“: wantsen en vlooiën komen minder vaak voor, sommige soorten mijten zijn in aantal toegenomen. Veranderingen in de huizen die dit hebben veroorzaakt zijn: de verminderde bereikbaarheid van voedsel (de ijskast), verdwijnen van de bedsteden, het gebruik van de stofzuiger, betere isolering van de woningen (centrale verwarming) en tenslotte het gebruik van insecticiden. Eén en ander heeft ook aanleiding gegeven tot een geheel andere samenstelling van huisstof.

In 1964 kon Voorhorst aantonen dat bepaalde mijtensoorten verantwoordelijk zijn voor de allergenen in dit huisstof. Wie meer over deze zaken wil weten, raadplege het interessante artikel van Van Bronswijk. Dat huisstofmijten een rol kunnen spelen bij het veroorzaken van allergische reacties – zoals astma en rhinitis vasomotorica – is boeiend, maar dit fenomeen behoort in feite niet bij de „parasitologie“ te worden ondergebracht.

Jeuk en andere klachten

Voorlopig wil ik mij beperken tot de meest voorkomende parasitaire ziekten in Nederland (Tabel I). Merkwaardig is dat zoveel van deze parasieten jeuk veroorzaken. Jeuk, waar dan ook. Deze menselijke reactie blijkt weinig zinvol te zijn want geen van deze kwalen verdwijnt door te krabben. Oxyuriasis, scabies, pediculosis en – veel vormen van vaginale fluor veroorzaakt door – trichomonas vaginalis verwekken jeuk. Bovendien veroorzaakt iedere parasiet jeuk op een bepaalde kenmerkende plaats.

Met welke klachten komen de patiënten nog meer bij de dokter? Taeniasis en ascariis infecties worden meestal door de patiënt als zodanig gepresenteerd. Men vindt de proglottiden van taenia saginata of een moeder komt verschrikt vertellen dat zij bij haar kind een worm in de ontlasting heeft gevonden. De klachten van een patiënt met een lintworm of met spoelwormen zijn nooit zó kenmerkend dat een diagnose met enige zekerheid kan worden gesteld.

Wanneer behandelen?

De relatie tussen de parasiet en zijn – of haar – gastheer is ingewikkelder dan op

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing.

Parasitaire infecties in de huisartspraktijk 290

het eerste gezicht lijkt. Het is duidelijk dat een zeer gering aantal parasieten weinig of geen symptomen zal veroorzaken. De gastheer gaat pas klagen wanneer het aantal parasieten een bepaalde grens overschrijdt. De vraag of een bepaalde parasiet pathogeen is, is daarom in zijn algemeenheid niet te beantwoorden. Dit hangt af van het aantal en de plaats waar de parasieten gelocaliseerd zijn. De beantwoording van de vraag heeft niet alleen „academische betekenis“. Wanneer bij onderzoeken blijkt dat tien tot twintig procent van de vrouwen in de Benelux in de geslachtsrijpe periode een trichomonas vaginalis infectie heeft, is het de vraag of men ook vrouwen zonder klachten moet behandelen. Ingewikkeld wordt de zaak wanneer men bedenkt dat klachten – bijvoorbeeld door veel publiciteit aan een ziekte te geven – opgeroepen kunnen worden.

Hetzelfde probleem doet zich voor bij infecties met oxyuren. Meestal zijn meer personen in één gezin besmet, terwijl er slechts één of twee mensen klachten hebben. Het oude advies: behandel het hele gezin, wordt zelden opgevolgd. In feite komt het erop neer dat dokters patiënten behandelen die klachten hebben. Meestal heeft dat tot resultaat dat de meeste wormen verdwijnen. Het gevolg is weer dat de klachten verminderen of verdwijnen en de patiënt is tevreden. Een van de eersten die aantoonde dat het slechts zin had patiënten met klachten te behandelen was de Rotterdamse huisarts Hofmans, hij sprak van „actieve oxyuriasis“.

Luizen

Een apart probleem wordt tegenwoordig gevormd door de luizen die weer hun kopjes opsteken. Terwijl vlooiën door de patiënt wel als zodanig worden herkend, is dat bij luizen niet altijd het geval. Uit publicaties blijkt dat de behandeling minder eenvoudig is dan wordt beweerd. Tegenwoordig blijken luizen soms een resistentie tegen gammexaan te hebben ontwikkeld (Hoornweg en anderen). De behandeling van pediculosis capitis wordt daarom sedert kort – met succes – uitgevoerd

met behulp van 0.5% malathion, in de handel onder de naam Prioderm®. Zoals ik al heb gezegd heeft het in het algemeen weinig zin patiënten te behandelen die geen of weinig klachten hebben. Bij deze mensen bestaat er kennelijk een zeker evenwicht tussen gastheer en parasiet. De parasiet parasiteert zo bescheiden dat beiden tevreden zijn. De gastheer kan echter tegenwoordig door bepaalde medicamenten in zijn afweer worden geschaad. Corticosteroiden bijvoorbeeld kunnen de afweer dusdanig verminderen, dat de parasiet ongeremd zijn gang kan gaan. Zo kan een latente infectie met toxoplasmosis onder invloed van een behandeling met corticosteroiden opflikkeren.

Preventie

Ten aanzien van de nu besproken endemische parasitaire infecties valt mog wel meer te vertellen. Merkwaardig is bijvoorbeeld de schaamte die de patiënt overvalt zodra hij bemerkt een worminfectie te hebben. Waarom dit zo is, kan ik niet verklaren. Een worminfectie is „vies”, dit hoort men steeds maar weer. Veel viezer dan een gewone ziekte. Over de preventie wordt dikwijls wat te eenvoudig gesproken. Het bekende nageltjes knippen van kinderen die een oxyuren-infectie hebben, wordt al lang zonder veel effect gepropageerd. Effectiever lijkt het infecties met taenia saginata te voorkomen door geen „tartaar” te eten. De behandeling van worminfecties is na de ontwikkeling van het medicament Vermox® overigens heel wat eenvoudiger geworden. Zoals ik al heb betoogd verdwijnen sommige ziekten zonder dat dokters daar nu zo'n grote bijdrage aan hebben geleverd. Boer zegt in zijn proefschrift: „De voornaamste oorzaak van de besmetting met ascaris vormt het ontbreken van hygiënische opvattingen”. De hygiënische opvattingen zijn er gekomen, waardoor de besmetting weinig meer voorkomt.

Gevaarlijke parasieten

Naast de betrekkelijk onschuldige endemische parasitaire ziekten kan de huisarts in Nederland parasitaire ziekten als importziekten ontmoeten, die aanmerkelijk gevaarlijker zijn (*Janssens* en *Zuidema*).

Er zijn vier importziekten die, wanneer zij niet worden herkend, dodelijk kunnen verlopen. Dit zijn:

malaria tropica („malignant tertian malaria”);

amoebenabces van de lever;

kala azar (viscerale leishmaniasis) en Afrikaanse trypanosomiasis (slaapziekte) (*ghi Bulletin*).

De eerstgenoemde ziekte is het gevaarlijkste. Zuidema schrijft in het *ghi Bulletin*: „Malaria tropica is de enige importziekte waarbij het lot van de patiënt veelal in handen van de huisarts ligt”. Malaria tropica kan in korte tijd dodelijk verlopen. In Nederland wordt deze ziekte meestal uit tropisch Afrika geïmporteerd, doch ook in Midden- en Zuid-Amerika komt de ziekte voor. Een goede malaria-profylaxe voorkomt de ziekte. Deze profylaxe – meestal gebruikt men Paludrine – moet tenminste nog vier weken na het verlaten van de tropen worden volgehouden.

Het heeft geen zin om hier de symptomatologie van tropische parasitaire ziekten te bespreken. Het is voor een in Nederland werkzame arts ondoenlijk nauwkeurig de symptomatologie te kennen van ziekten die minder voorkomen dan eenmaal per 10.000 van de bevolking per jaar. Dat wil zeggen de „gemiddelde huisarts” met een praktijkgrootte van 2500 mensen ziet een dergelijke ziekte minder dan éénmaal per vier jaar. De vraag is nu: hoe komt de arts op de gedachte dat er sprake kan zijn van een ernstige tropische parasitaire ziekte?

„Top twee”

Iedere huisarts moet zich realiseren dat hij met zeldzame ziektebeelden kan worden geconfronteerd, die hij niet zal herkennen. Verkeert hij in twijfel omtrent een bepaalde patiënt dan moet hij aan enkele mogelijkheden denken. In de eerste plaats moet de huisarts de diagnose „niet pluis” stellen. Terwijl een huisarts vroeger bij een dergelijk duister ziektebeeld moest denken aan één van „de top drie”, is er nu sprake van „de top twee”. De „top drie” werd vroeger gevormd door: tuberculose, lues en een vergiftiging. De nieuwe „top twee” bestaat uit: vergiftiging en een „tropische ziekte”. Het begrip vergiftiging is tegenwoordig echter complexer geworden dan vroeger. Het gaat in de eerste plaats om geneesmiddelen en in de tweede plaats om alcohol.

De anamnestiche vraag bij een duister ziektebeeld ligt dus voor de hand. De vraag moet luiden: „Bent u onlangs in het buitenland geweest? Zo ja, waar en wanneer?” Dat „onlangs” dient men dan wel met een korrel zout te nemen. Bepaalde filaria-infecties kunnen zelfs jaren na het verlaten van de tropen klachten veroorzaken (*Zuidema*). Tenslotte zij opgemerkt dat een sterke eosinofilie bij een patiënt die in de tropen is geweest meestal wijst op een worminfectie.

Oorzaken importziekten

De huisarts die een patiënt ziet met een ziektebeeld dat hij niet „thuis” kan brengen, moet denken aan een importziekte. Dat deze ziekten tegenwoordig meer voorkomen dan vroeger heeft verschillende redenen. De mobiliteit van de wereldbevolking is sterk toegenomen. In de eerste plaats trekken veel mensen tijdens vakantie de halve wereld rond. Tochten naar India, Afrika, Suriname zijn niet zeldzaam. Vaak worden de noodzakelijke preventieve maatregelen niet genomen (*Vervoorn*).

In de tweede plaats wijs ik erop dat er veel gastarbeiders in ons land werkzaam zijn. Meestal komen deze mensen uit de landen rondom de Middellandse Zee. In de derde plaats: in ons land wonen veel Surinamers. In hun vaderland komt een aantal parasitaire ziekten voor die in Nederland gelukkig ontbreken. Ik noem bijvoorbeeld: ancylostomiasis en filariasis. In de vierde plaats maken steeds meer zakenmensen korte, maar verre, zakenreizen waardoor zij de kans lopen met een tropische ziekte besmet te worden. Tenslotte wijs ik erop dat adoptie van kinderen uit verre landen betrekkelijk veel voorkomt en ook deze kinderen kunnen ziek zijn.

Advies vragen

De huisarts die denkt met een hem onbekende tropische ziekte te doen te hebben, doet er verstandig aan zich in verbinding te stellen met een van de instituten die zich in Nederland met de behandeling van tropische en/of parasitaire ziekten bezighouden (zie voor de adressen het *ghi Bulletin*). Deze instituten kunnen ook adviezen geven betreffende de toe te passen profylaxe. Overigens zijn ook de meeste reisbureaus in staat op dit punt goede adviezen te geven. Sommige ziekten moeten door de diagnostiserende arts bij de Inspecteur van de Volksgezondheid worden aangegeven. De desbetreffende voorschriften zijn tegenwoordig zo onduidelijk en er wordt zozeer de hand mee gelicht, dat het verstandig is in twijfelgevallen telefonisch inlichtingen te vragen.

Samenvatting. Aan de hand van de medische parasitologie worden enkele veranderingen in het morbiditeitspatroon gedurende de laatste vijftig jaren gedemonstreerd. Verandering in het milieu van de huizen blijkt de oorzaak te zijn van verandering in de populatie van dierlijke parasieten. De symptomatologie van parasitaire infecties wordt besproken, waarbij blijkt dat jeuk een veel voorkomend symptoom is. Ten aanzien van de behandeling wordt gesteld dat een parasiet niet

altijd pathogeen is en behandeling pas noodzakelijk is als de patiënt klachten krijgt.

Vier importziekten worden besproken, die gevaarlijk kunnen zijn als zij niet worden herkend. Geadviseerd wordt dat een huisarts bij de diagnose „een ernstige, mij onbekende ziekte”, denkt aan een vergiftiging of een importziekte.

Summary. Parasitic infections in general practice. Some changes observed in the morbidity pattern during the past fifty years are discussed on the basis of data from medical parasitology. A change in the environment of residential houses proves to have been the cause of a change in the animal parasite population. The symptomatology of parasitic infections is discussed, and pruritus is identified as a common symptom. With regard to therapy it is pointed out that parasites are not always pathogenic, and that therapy is not indicated until symptoms develop.

Four imported diseases are discussed which are dangerous if not identified as such. It is suggested that a general practitioner confronted with a „serious disease, unknown to me”, should consider the possibility of poisoning or an imported disease.

- Boer, J. J. *Ascaris lumbricoides* in een dorpspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen, 1963.
- Bronswijk, J. E. M. H. van (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 825.
- Doelman, H. De malaria-epidemie te Middelburg in de jaren 1940 tot en met 1945. Academisch proefschrift, Leiden, 1946.
- ghi Bulletin. Uitheemse ziekten in Nederland. Profylactische maatregelen bij vertrek naar het buitenland. Staats-toezicht op de volksgezondheid, Leidschendam, 1975.
- Hofmans, A. (1947) Ned. T. Geneesk. 91, 1389.
- Hoorweg, J. en anderen (1975) Ned. T. Geneesk. 119, 1534.
- Janssens, P. G. en P. J. Zuidema Importziekten. Ned. Bibl. der Geneesk. No. 78, Stafleu, Leiden, 1973.
- Lith de Jeude, A. H. van. *Trichomonas vaginalis* heeft geen pathogene betekenis. Academisch proefschrift, Utrecht, 1952.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Utrecht, 1969.
- Seventer, H. A. van (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 2055.
- Sluiters, J. F. en E. J. Ruitenber (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 230.
- Vervoorn, J. D. Hoe blijf ik gezond in de tropen? Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam, 1969.
- Vesseur, J. en G. J. Bremer (1975) huisarts en wetenschap 18, 105.
- Zuidema, P. J. (1977) Ned. T. Geneesk. 121, 1409.

Helpen bij seksuele moeilijkheden

In de zesde „Breedenburgcursus” te Warffum van de plaatselijke huisartsenvereniging te Groningen, was een halve dag ingeruimd voor „seksuele problemen”. Jan en Mariëtte Moors waren uitgenodigd om dit onderdeel van de nascholing te (bege)leiden. Zij brengen in het hiernavolgende verslag uit over hun ervaringen van driemaal een middag helpen bij seksuele moeilijkheden.

Hoewel wij van mening zijn dat een halve dag te kort is om een echt proces op gang te brengen, zijn wij toch ingegaan op de uitnodiging om deze middag te leiden. Er waren drie parallelcursussen op 17 maart, 14 en 28 april met respectievelijk 22, 24 en 19 deelnemers. Door onvoorziene omstandigheden kon Mariëtte de tweede keer niet meedoen. Betty Meyboom-de Jong was bereid op korte termijn in te springen, waarvoor onze dank.

Aan ons was de laatste middag van de cursus toebedeeld. Iedereen was een beetje uitgeblust en moe. Begrijpelijk, omdat dit soort nascholingscursussen in de praktijk erg vermoeiend blijkt te zijn. De ontspannen sfeer die de nachten kort maakt, draagt hier zeker toe bij. Bijna alle deelnemers waren mannen. Gelukkig was het mogelijk steeds één vrouw in elke groep te plaatsen.

Ons doel was: de deelnemers in deze korte tijd met elkaar te laten nagaan of zij seksuele problemen in hun praktijk in gelijke mate tegenkomen. Voorts om elkaar te vertellen hoe zij doorgaans met deze problemen omgaan. Daarvoor hadden wij vragen opgesteld die de cursisten op de maandagochtend ter beantwoording kregen. Dit paste in het kader van het zogenaamde papieren spreekuur. De vragen gingen over dyspareunie en vaginisme. De eerste keer hebben wij wat andere vragen gebruikt dan de tweede en derde keer. Dit kwam vooral, omdat wij niet tevreden

waren over het verloop van de eerste cursus. Wij hadden toen weinig inzicht in de samenstelling van de groep en ook in het overige programma van die week. Ook bleek dat de cursisten over het algemeen niet de opgegeven literatuur hadden gelezen. Wij waren daarvan uitgegaan en hadden ons programma daarop afgestemd. Na deze ervaring hebben wij ons programma aangepast, dat zeker heeft bijgedragen aan het slagen van de beide andere cursussen.

Het programma zag er als volgt uit: korte inleiding, waarna een videoband: „Vrijen wil geleerd zijn” werd vertoond. In pleno beantwoordden de cursisten enkele vragen over de video. Daarna splitste zich de groep in tweeën. Eerst praatten de cursisten wat na over de videoband. Bijna vanzelf kwam het gesprek op dyspareunie. De diverse groepen gingen zeer verschillend in op dit probleem. De ene keer was de vraag vooral: geef ons technische kennis over oorzaak en behandeling; de andere keer: laat dat somatische maar zitten en laat ons oefenen in rollenspel hoe je een anamnese kunt afnemen. Weer andere groepen probeerden analytisch alle aspecten van het probleem te belichten.

De meeste deelnemers waren van mening dat dyspareunie hoofdzakelijk een vrouwenprobleem is. De meesten omschreven het als bemoeilijkte coïtus; slechts zelden vertaalde men het direct als

Tabel. Resultaten van een evaluatie door middel van vragen onder deelnemers van een onderdeel van de „Breedenburg” nascholingscursus „Helpen bij seksuele problemen”, N = 65.

Vragen	Beoordeling			
	slecht	matig	voldoende	goed
Wat vindt u van de videotape?	—	9	37	19
Wat vindt u van de bespreking daarvan in de groep?	1	9	32	23
Wat vindt u van de bespreking van dyspareunie?	—	2	31	30
Wat vindt u van de bespreking van vaginisme?	—	18	18	21
	Antwoorden			
	ja	nee	weet niet	
Hebt u behoefte aan bepaalde vervolgcactiviteiten met betrekking tot het onderwerp van vandaag?	24	24	17	
Denkt u dat in uw regio een cursus kan worden gehouden van 12 dagdelen?	30	2	33	
Zou u zelf aan zo'n cursus meedoen?	23	19	23	
Of zou u liever op een andere manier nascholen?	25*	17	20	
	Beoordeling			
	slecht	matig	voldoende	goed
Wat vindt u van de begeleiding van de middag?	1	2	22	39

* Hiervan 9 deelnemers door literatuur.