

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.
- Doeleman, 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. Staatstoezicht 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.

pijn tijdens het vrijen. Ook de frequentie waarin de cursisten dyspareunie in de praktijk zagen, was zeer wisselend. Van twee- tot driemaal per week, tot eenmaal per drie maanden. Deze frequentie hangt natuurlijk nauw samen met de definitie die je aan het woord geeft.

De fluorbehandeling was in eerste instantie geen probleem. Vrouwen met zeer hardnekkige fluor-klachten werden echter vaak verwezen naar de gynaecoloog, terwijl de huisarts soms niet alle seksuele contacten van de vrouw had nagetrokken. Iedereen was het er eigenlijk wel over eens dat een gynaecoloog niet meer kan doen dan de huisarts. Velen waren blij met de hint om de vrouw gedurende een cyclus elke avond tien ml yoghurt in haar schede te laten brengen om de zuurgraad te herstellen.

De gynaecoloog was voor de meeste deelnemers de aangewezen persoon om dyspareunie te behandelen, zelden noemde men de Rutgersstichting of de seksuoloog/psychiater. Bij de behandeling van het vaginisme daarentegen noemde men vooral de seksuoloog, de psychiater of de Rutgersstichting.

Vaginisme kwam meestal aan het einde van de middag aan de orde. Bij het beantwoorden van de vragen bleek dat er zoveel definities van vaginisme waren als er artsen aanwezig waren. Het voorkomen in de praktijk was dan ook weer afhankelijk van de definitie die een ieder gaf. Als arts zie je vaak dat een vrouw bij gynaecologisch onderzoek haar schede dichtknijpt. Een echte vaginistische vrouw zie je echter zelden in de huisartspraktijk. Sommigen hadden een protocol voor de behandeling van vaginisme, anderen niet.

Onze subjectieve indruk is dat wij hebben kunnen overdragen wat wij wilden overdragen: namelijk dat elke arts op zijn eigen manier omgaat met de seksuele problemen van zijn patiënten. Het is best moeilijk een anamnese af te nemen, waardoor je werkelijk inzicht krijgt in hetgeen voor deze patiënt nu zo problematisch is. Als je sommige problemen in de praktijk nooit ziet, kan dat komen omdat je er niet voor open staat. Deze „eye-opener” is goed overgekomen.

Wij hebben de deelnemers gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. Niet alle deelnemers hebben steeds op alle vragen antwoord gegeven. De resultaten hiervan zijn in de *Table* weergegeven. Natuurlijk kan men geen verstrekkende conclusies hieruit trekken, maar het is verheugend dat 23 mensen zeggen dat zij een cursus zouden willen volgen. Het NHG is zo'n cursus aan het voorbereiden.

De bedoeling is dat 10 tot 12 eerstelijns werkers in 12 dagdelen praktisch oefenen in het omgaan met seksuele problemen. Als die 23 Groningse huisartsen werkelijk aan zo'n cursus meedoen, dan zou aan onze drie middagen helpen, een extra diensie worden toegevoegd.

National Conference on High Blood Pressure Control

Dr. J. A. E. van der Feen, huisarts te Goes, bezocht van 2 tot 4 april 1978 de National Conference on High Blood Pressure Control te Los Angeles. In het hiernavolgende verslag kan men vernemen hoe Amerikanen denken over problemen zoals massa-screening, de oprichting van hypertensie-poliklinieken en de inschakeling van verpleegkundigen voor de begeleiding van hypertensie-patiënten. Vervolgens worden enkele saillante punten uit de verschillende gehouden voordrachten onder de aandacht gebracht.

Dit congres werd bezocht door circa 700 (!) deelnemers, onder wie weinig niet-Amerikanen en slechts enkele Europeanen, onder wie één Nederlander. Er waren opvallend veel verpleegsters, onder wie velen gespecialiseerd in de aanpak van hypertensie. Van de aanwezige artsen was de grote meerderheid specialist (internist, cardioloog, nefroloog, epidemioloog en „community health doctor”); er waren slechts enkele huisartsen, onder andere uit Canada, maar zover ik weet, geen enkele uit de Verenigde Staten. Verder nogal wat vertegenwoordigers van farmaceutische ondernemingen.

Na een receptie en diner op zondagavond voor alle deelnemers, tijdens welke het „Keynote Address” werd uitgesproken door L. Breslow, begon de eerste echte congresdag met een plenaire zitting. Na een inleiding door J. C. Hunt („a little bit of blood pressure is like a little bit of pregnancy: small in the beginning, but it's sure going to grow!”) werd de vooruitgang in hypertensie-controle besproken, eerst door Robert Levy, directeur van het National Heart, Lung and Blood Institute, die optimistisch wees op een stijging van het percentage goed gecontroleerden van 12 procent in 1967 naar 45 procent in 1975. Iets gereserveerder toonde zich J. Litvak van de World Health Organisation wat betreft het succes van diverse internationale programma's. Het succes is hier volgens hem het grootst, wanneer wordt gebruik gemaakt van de ter plaatse reeds bestaande gezondheidsvoorzieningen.

In de tweede plenaire zitting werden de pro's en contra's van massale opsporing van hypertensie besproken. Ten gunste hiervan stelde Itskovitz zich op, die aan de hand van zijn in 1974 tot 1975 uitgevoerde screening op hypertensie in Milwauke stelde, dat slechts 12 procent van de onderzochten, onbekend was als hypertensie-lijder of onbehandeld. Dit per-

centage is dus in de laatste jaren in de Verenigde Staten duidelijk gedaald. Ook resultaten uit het Veterans Administration onderzoek wijzen in deze richting. Van de daarin gescreende 400.000 personen, bleek 27 procent hypertensief, van wie 18 procent met een diastolische druk van 90 tot 104 mm Hg en 9 procent met een diastolische druk van 105 of meer mm Hg. Een belangrijk deel van hen zou zonder screening onbekend zijn gebleven. De therapeutische resultaten van 7000 personen uit deze groep zijn tot nu toe als volgt:

<90 mm Hg diastolisch: 48 procent
90-99 mm Hg diastolisch: 34 procent
≥ 100 mm Hg diastolisch: 18 procent

Beide sprekers, die vóór massale screening pleitten, achtten het wel een voorwaarde, dat deze procedure in het bestaande „health care-system” wordt ingepast. Tegen massale screening pleitte Alderman, onder andere op grond van het feit, dat een bij eerste screening gevonden te hoge bloeddrukwaarde in ongeveer de helft der gevallen bij een tweede en/of derde meting niet meer te hoog blijkt te zijn. Gezien het feit, dat in de Verenigde Staten 75 procent van de bevolking minstens eenmaal per jaar een „gezondheidswerker” consulteert en in twee jaar meer dan 90 procent, ziet hij meer in „case-finding” en in het verbeteren van de zorg voor de wel ontdekte, maar niet (goed) behandelde „patiënten” met hypertensie.

Het tweede „controversiële” onderwerp in de tweede plenaire zitting was het al dan niet wenselijk zijn van (gemeenschaps-) hypertensiepoliklinieken. Wilber (Georgia), die hier vóór pleitte, vertelde, dat er in zijn staat 80 van dergelijke poliklinieken werkzaam zijn. Ongeveer 70 procent van de gevonden personen met hypertensie