

holling van de huisartsgeneeskunde plaatsvindt. Een alternatief, zoals periodiek geneeskundig onderzoek door de huisarts zelf, zou dan ook hier de voorkeur verdienen.

Daartegenover staat de opvatting, dat ook hier de afstand tussen wenselijkheid en werkelijkheid nu eenmaal onvermijdelijk groot is en dat het voor alles gaat om de kwaliteit van de zorg. Een eenmalig geriatrisch consult kan dienen als startpunt van een goed geplande huisartsgeneeskundige begeleiding. In die zin versterkt het de huisartsgeneeskundige hulpverlening, mits de eenmaligheid van het consult voorop blijft staan.

Mijn voorkeur gaat uit naar deze tweede zienswijze. Elke gezondheidszorgvoorziening kan de huisartsgeneeskundige hulpverlening ondermijnen, maar ook versterken. Het laatste is het geval, wanneer de huisarts aanvullende diagnostische informatie en advies geboden krijgt, zonder dat daardoor zijn eigen verantwoordelijkheid voor de hulpverlening vermindert. Dat is nu juist wat een eenmalig geriatrisch consult te bieden heeft: informatie en advies met behoud van eigen verantwoordelijkheid.

*Samenvatting. Sinds eind 1980 beschikken de huisartsen in Heerlen en omgeving over de mogelijkheid bejaarde patiënten te verwijzen naar de Verpleegklinieken Heerlen voor een eenmalig geriatrisch consult. De verwijzingen van de eerste drieënveertig patiënten worden geëvalueerd met betrekking tot de verkregen informatie, de verstrekte adviezen en het oordeel van de bejaarden zelf. Een eenmalig geriatrisch consult lijkt de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg voor bejaarden aanmerkelijk te kunnen bevorderen, mits de verantwoordelijkheid voor die zorg bij de huisarts blijft berusten.*

*Summary. The single geriatric consultation.*

*Since ultimo 1980 general practitioners in Heerlen and environs may refer aged patients to the Heerlen Nursing Clinics for a single geriatric consultation. The referrals of the first forty-three patients were evaluated with reference to the information thus obtained, the advice provided, and the assessment of the patients themselves. A single geriatric consultation could significantly improve the quality of the care for the aged in general practice, provided the responsibility for this care remains entirely with the general practitioner.*

# De rol van de huisarts in het menopauzale gezin

PROF. DR. K. GILL

Op 20 januari 1983 vond in Utrecht een PAOG-cursus plaats over het onderwerp Het peri-menopauzale gezin. Daarbij werd ook de rol van de huisarts belicht.

## Inleiding

It is only intellectual arrogance which assumes that our knowledge is so complete that diagnosis and disease are synonymous.

Keith Hogdkin

Tot omstreeks 1935 zocht men alleen zijn huisarts op als men ernstig ziek was. Daarna kwamen er mensen bij die zich tot de dokter wendden, omdat ze zich niet goed voelden, de *early sick*. Tegenwoordig kennen we ook de groep mensen – we moeten ze vooral geen patiënten noemen – die de dokter opzoeken, omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid, de *worried well* (Garfield<sup>1</sup>). Deze verschuiving van uitsluitend ziektegedrag naar klaag- en probleemgedrag heeft de rol van de huisarts in de loop der tijd veranderd. Zijn „patiënten” verlangen niet meer alleen reparatie van hun lichaam en correctie van hun psyche (*cure*), maar ook zorg en hulp voor hun mens-zijn (*care*).

De huisarts verkeert in de unieke situatie, dat hij de meeste mensen in zijn praktijk gedurende lange tijd kent. Cartwright en Anderson<sup>2</sup> vonden in 1981 in een *at random* onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, dat 30 procent van de bevolking meer dan vijftien jaar bij dezelfde huisarts stond ingeschreven. Daarmee wordt de huisarts in staat gesteld de mensen in zijn praktijk in hun biosociale levensloop te leren kennen. In dit kader is het niet te verwonderen dat de huisarts thans in de specifieke beroepsopleiding kennis maakt met levensloopgeneeskunde en gezinsgeneeskunde.

## Rol en cultuur

De verschuiving van ziektegedrag naar klaag- en probleemgedrag heeft geleid tot een ander oordeel over de rol van

huisarts. Er is een rolverwachting ontstaan, waarin hij dicht bij de patiënt, in diens gezins- en leefmilieu, een continue, integrale en persoonlijke zorg verleent. In dit verwachtingspatroon wordt de huisarts de zorg en hulp verlenende generalist, die niet is gebonden aan categorieën van organen, leeftijden of sekse. Dat betekent, dat hij wordt geacht zijn patiënten in hun biosociale levensloop te kunnen begeleiden.

Vanuit die optiek krijgt de huisarts te maken met mensen in een bepaalde levens- of gezinsfase en zal hij in het menopauzale gezin met een aantal fenomenen worden geconfronteerd. Voor 30 tot 40 procent van de circa 750.000 vrouwen in ons land in de leeftijd van 45-55 jaar gaat de menopauzale fase gepaard met verschijnselen en klachten, die we tot het climacterieel syndroom rekenen. Sterk afhankelijk van de cultuur waarin men leeft, zal de ene vrouw opgelucht zijn dat de reproductieve periode voorbij is, en een positieve attitude aan de dag leggen, omdat zij nu tijd voor zichzelf krijgt, terwijl de andere vrouw, die veel waarde hecht aan haar vruchtbaarheid of nog kinderen wil, deze fase van haar leven als een „partial death” zal beleven.<sup>3</sup> Haar klachten zullen vooral kunnen worden toegeschreven aan het ongewenste verouderingsproces.

Hoezeer een cultuur bepalend kan zijn voor het klachtenpatroon tijdens de overgang, is verwoord door de antropoloog Marcha Flint, die vond dat vrouwen uit de hogere sociale lagen in India in deze periode vrijwel geen klachten hebben. Zij veronderstelt dat de betere economische en sociale situatie voor postmenopauzale vrouwen – het mogen deelnemen aan besturen en dergelijke – hieraan ten grondslag ligt.<sup>4</sup> Cultureel gezien dus een scherp contrast met westerse vrouwen, bij wie ouder worden een negatieve, en jeugd een positieve

lading krijgt. De invloed van de cultuur op het postmenopauzale gedrag is bevestigd door het onderzoek van Maoz<sup>5</sup> onder verschillende groepen immigranten in Israel.

## Climacterium

Anno 1983 is „de oudere man als jonge vader” geen uitzondering meer. Volgens Schellen is voor deze categorie mannen een droomwens realiteit geworden. Van de in totaal 5031 mannen die in de periode 1964-1973 het andrologisch spreekuur van Molnar bezochten, waren er 108 (2,1 procent) van 45 jaar en ouder, die een advies ten aanzien van kinderwens vroegen; mannen dus die in het climacterium virile verkeerden, waarbij weliswaar de productie van het testosteron afneemt, maar het reproductieve vermogen behouden blijft. Dat neemt niet weg dat het percentage mannen met klachten op 25 procent wordt geschat.<sup>6</sup> Deze klachten treden doorgaans later op dan bij de vrouw en het coloriet van het symptomencomplex zou armer zijn.

Voor een goed begrip van het climacterium van de vrouw is het dienstig een duidelijk onderscheid te maken tussen verschijnselen en klachten. Tot de specifieke verschijnselen kunnen worden gerekend de amenorrhoe, een vasomotorische instabiliteit, gewichtstoename, osteoporose, atrofische huidveranderingen met eventuele baardgroei, een atrofische vaginitis met dyspareunie, pruritis vulvae, incontinentia urinae, slapeloosheid, hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid, depressiviteit en angst. Tot de specifieke klachten behoren opstijgingen, die de vrouw in verlegenheid kunnen brengen, en aanvallen van plotseling transpireren, die een fysiek ongemak betekenen; mét de genitale stoornissen zouden zij hormonaal zijn bepaald.

Deze opsomming van de specifieke verschijnselen, die voor uitbreiding vatbaar is, doet beseffen wat vrouwen in het climacterium zowel in somatisch als in psychologisch, psychosociaal en maatschappelijk opzicht kunnen doormaken. Aakster en Jaszmann constateerden dat van tweeëntwintig climacteriële klachten, die in verband werden gebracht met een groot aantal onafhankelijke variabelen, de veroudering het meest op de voorgrond trad.<sup>7</sup>

## Erectiestoornissen

Voor mannen in het climacterium virile zijn erectiestoornissen de meest voor-

komende klacht. Het behoort tot de taak van de huisarts hierbij vast te stellen of er sprake is van een organische stoornis, bijvoorbeeld een multiële sclerose, een alcoholneuropathie of andere neurologische stoornissen door een tumor of infectie. De betekenis van diabetische impotentie zou sterk overschat worden.<sup>8</sup>

Om iatrogene oorzaken van een erectiestoornis uit te sluiten, moet de huisarts nagaan in hoeverre antihypertensiva, cimetidinederivaten (Tagamet®) of andere farmaca verantwoordelijk voor de stoornis kunnen zijn. Er worden in Nederland weliswaar op de medicijnflesjes stickers geplakt met de waarschuwing dat een medicament de rijvaardigheid kan beïnvloeden, maar voor de rijvaardigheid ontbreekt nog een gelijksoortige voorlichting.

Terwijl in het verleden seksuele problemen van de man in deze levensfase vaak als psychogeen werden bestempeld, wordt tegenwoordig – in urologische kringen – gesteld dat ongeveer 50 procent van alle erectiestoornissen van organische aard zou zijn.<sup>9</sup> Overigens is daarmee niet gezegd, dat dit percentage ook voor de huisartspraktijk zou gelden.

Om uit te maken of een erectiestoornis van psychogene of van organische aard is, dient de huisarts tevens te vragen naar nachtelijke erecties gedurende de REM-slaap (Rapid Eye Movement). Patiënten met een psychogene erectiestoornis zouden tijdens de REM-slaap wel erecties hebben, in tegenstelling tot de patiënten met een organische stoornis. In die gevallen waarin de patiënt daarover geen inlichtingen kan verschaffen, kan de huisarts gebruik maken van de *postzegeltest*: daarbij vraagt men de patiënt de witte kartelrand die naast een strip postzegels zit, rond de basis van de penis te plakken. Is dit bandje de volgende morgen gebroken, dan is er een erectie geweest.

Een goedkope manier van diagnostiek en meer in overeenstemming met de huisartsgeneeskunde dan de phalloplesytmograaf of erectiometer.

## Het menopauzale gezin

Na deze bespreking van de klachten van vrouwen en mannen afzonderlijk, kijken we naar het menopauzale gezin, waarin de vrouw in de menopauze verkeert en de man in het climacterium virile. Al zal de meer geavanceerde huisarts misschien binnen niet al te lange tijd de klachten van patiënten in deze leeftijdsfase in de computer stoppen, de

huisarts anno 1983 mag ze niet in de doofpot stoppen. Hij zal moeten beseffen dat, naast de uitval van oestrogenen en de daling van testosteron, de ecologie van vrouw en man zijn aandacht verdienen.

In onze *youth-centered* maatschappij, waarin zozeer de nadruk valt op uiterlijke aantrekkelijkheid, seks en kleding, krijgt de climacteriële periode een extra accent, als de kinderen het ouderlijk huis verlaten, de eigen ouders ziek en afhankelijk worden of sterven en de seksuele belangstelling van de partner afneemt. Terwijl de partner in deze periode beroepsmatig op de top leeft en zoveel moet – „hij moet en zij mag”, schrijft Jaszmann<sup>10</sup> –, kunnen bij de vrouw rolverandering en functieleegte gaan overheersen. De belangrijkste taak voor vele vrouwen is dan voorbij, vooral voor vrouwen met een traditionele sekse-rolopvatting. Het hangt dan in hoge mate af van haar *coping behavior*, of zij deze stress-volle gebeurtenissen op een adequate wijze kan verwerken en integreren, en zichzelf leert accepteren in deze nieuwe levensfase.

De mate waarin de begeleidende verschijnselen van het climacterium van man én vrouw, een eventueel organisch lijden (bijvoorbeeld een arthrosis) en huiselijke omstandigheden een rol spelen, is eveneens van evident belang. We weten dat vele klachten en verschijnselen tijdens het climacterium van man en vrouw niet van uitsluitend medische aard zijn, maar tevens een relatie vertonen met het sociale netwerk waarin ze leven (en waarbij een hecht sociaal netwerk een stress-reducerende werking zou hebben<sup>11</sup>). Dit gegeven zal dan ook in hoge mate het beleid en de rol van de huisarts moeten bepalen.

## Behandeling met hormonen

In Nederland roepen vier op de tien vrouwen met climacteriële klachten medische hulp in. Daarbij wordt de huisarts als de meest geëigende hulpverlener beschouwd. Het tekort aan oestrogenen bij de vrouw is voor verschillende onderzoekers aanleiding geweest de perimenopauze als een deficiëntieziekte te beschouwen. Voor de rest van het leven schreven zij dan oestrogenen voor.<sup>12</sup> Andere onderzoekers daarentegen waarschuwen tegen deze therapie, omdat zij bij de aldus behandelde patiënten een uterus carcinoom, hypertensie, thrombo-embolische processen of galstenen zagen optreden. In dit kader is het relevant te memoriseren, dat het mammacarcinoom, evenals het endo-

metriumcarcinoom, tot de oestrogeen-afhankelijke maligne tumoren behoort en dat „een op de veertien vrouwen in de westerse wereld vroeg of laat een mammacarcinoom ontwikkelt.”<sup>13</sup> Uit het Dom-project blijkt overigens dat oestrogenen het risico op borstkanker niet zouden verhogen. Vergroting op de kans op een intervalcarcinoom wordt echter niet uitgesloten.<sup>14</sup>

De daling van de testosteronproductie bij de man na het vijftigste jaar kan leiden tot een natuurlijke of fysiologische impotentie, waaronder wordt verstaan dat hij niet meer zo snel tot erecties of snel opeenvolgende erecties komt, doordat de daarvoor benodigde reflexen afnemen. Bij drukke bezigheden in de beroepsarbeid en geestelijke inspanning van deze tot de *command generation* behorende mannen wordt ook wel van „beroepsimpotentie” gesproken. Jazsmann zegt het pregnant: „Niet de houthakkers, maar de geleerden hebben er last van”<sup>9</sup>, de mannen die volgens Rümke op een „geestelijke hoogvlakte” leven.<sup>15</sup>

Terwijl Boerhaave al „de saffrean als eene vermogende en kragtige” middel beschreef, zijn later de *shots* met testosteron in de mode gekomen, als alternatief voor de psychiaters en de psychologen. Bij deze therapie zijn er, evenals bij de oestrogeentherapie, contra-indicaties: leverfunctiestoornissen en prostaatacarcinoom (dat in de leeftijdsgroep van 55-74 jaar als doodsoorzaak op de derde plaats komt bij mannen in de westerse wereld<sup>16</sup>). We moeten daarbij bedenken dat een beginnend prostaatacarcinoom geen klachten geeft en alleen door een prostaatbiopsie of aspiratiecytologie kan worden vastgesteld.

Als leversparende preparaten kunnen worden toegepast: mesterolone (Proviron®) 3 dd 25 mg, of testosteronundecanoaat (Andriol®) 3 dd 40 mg. Voordeel van Proviron® is dat het geen negatieve invloed op de spermatogenese zou hebben.<sup>6</sup> In het *Farmacotherapeutisch kompas* staan beide geneesmiddelen in rode letters.<sup>17</sup> Ze zijn duurder dan Neo-Hombreol® en zouden geen voordelen bieden boven dit middel.

In tegenstelling tot vrouwen, zijn mannen terughoudend met het presenteren van seksuele problemen in het climacterium virile. Bij hen valt de nadruk meer op overspanning, nervositeit en slapeloosheid dan op de seksuele problematiek.

Op grond van wat zich bij vrouwen en mannen in de overgang kan voordoen, zal de huisarts zijn aandacht ook moe-

ten richten op de psychosociale klachten. Dat is geen gemakkelijke taak, omdat er op dit gebied nog talloze misverstanden bestaan. Het is te hopen dat de maatschappelijke opvattingen over deze periode drastisch zullen veranderen. Veel meer dan in andere leeftijdsgroepen zullen mannen en vrouwen in de overgang klachten hebben; die klachten kunnen zelfs depressiviteit maskeren. Het is van belang dat de huisarts in een nauwkeurige anamnese een beeld krijgt van de situatie vóór deze periode.

In het gesprek kunnen de volgende vragen aan de orde worden gesteld: hoe ervaart zij de fase van het inkrimpende gezin of de *empty nest phase*, wil zij nog kinderen, heeft zij of wil zij een baan, hoe is de seksuele functie, zijn er veranderingen in gezin en familie en heeft zij fysische veranderingen ondergaan; hoe ervaart hij zijn baan, zijn gezin, familie en zijn seksuele leven en hebben zich de laatste tijd fysische veranderingen voorgedaan?

Als de huisarts tot een diagnose is gekomen, komt het er in een explorerend gesprek op aan man en vrouw in begrijpelijke taal inzicht te geven in de fysiologische processen van deze leeftijdsfase. Een meelevende belangstelling voor hun problemen kan een therapeutische uitwerking hebben. Eventueel kunnen voor een korte periode anxiolytica uit de reeks der benzodiazepinen worden voorgeschreven, ter ondersteuning van de individuele therapie bij slaapstoornissen, angst en somatische klachten zonder organische oorzaak.<sup>18</sup>

### Aspecten van een behandeling met oestrogenen

#### Objectieve voordelen

- opvliegingen verminderen
- transpiratie vermindert
- atrofische vaginitis vermindert
- urine-incontinentie (bij atrofie van blaashals en urethra) neemt af of verdwijnt
- huidatrofie neemt af
- osteoporose wordt (statistisch gezien) uitgesteld of voorkomen

#### Subjectieve voordelen

- fysiek beter
- psychisch meer in evenwicht
- minder nerveus

#### Aandoeningen waarbij oestrogenen een risico betekenen

- obesitas
- ovulatiestoornissen
- late menopauze

### Vrouwelijke huisartsen

In deze context is het goed de resultaten van het onderzoek van de Projectgroep *Climacteriële klachten* van de Vakgroep Klinische Psychologie te Leiden te vermelden. Vrouwelijke huisartsen zouden de klachten van menopauzale vrouwen in menig opzicht grondiger exploreren, minder vaak een bagatelliserende houding aannemen, minder psychofarmaca voorschrijven en vaker op een VIDO-groep (VIDO = vrouwen in de overgang) wijzen dan hun mannelijke collega's.<sup>19</sup> Overigens behoort slechts 8,6 procent van de in ons land praktiserende huisartsen tot het vrouwelijk geslacht (501 van de 5814 per 1 januari 1982). Of deze vrouwelijke huisartsen meer of minder oestrogenen voorschrijven dan hun mannelijke collega's, is mij niet bekend.

### Oestrogenen

Indien, samen met patiënte en na afweging van de voor- en nadelen, tot oestrogeentherapie wordt besloten ter verbetering van de kwaliteit van het leven, is het van belang dat het medicament gedurende een korte tijd wordt gebruikt, in een lage dosering en bij voorkeur discontinu met cyclische toevoeging van progesteron (een orale anticonceptiepil), om een hyperplasie van het endometrium te voorkomen.

Als oestrogenen staan ter beschikking oestriolsuccinaat (Synapause®), een zwak oestrogeen) en Dagnyl®, dat uit verschillende geconjugeerde oestroge-

- onregelmatige menses
- nullipariteit
- infertiliteit
- oedeem

#### Aandoeningen waarbij oestrogenen gecontra-indiceerd zijn

- hypertensie
- diabetes mellitus
- uterus myomatosus
- thrombo-embolische processen
- mammacarcinoom

#### Te verwachten bijverschijnselen

- gespannen borsten
- vol gevoel in de buik
- uterusbloedingen
- hoofdpijn

Bron: Barents.<sup>20</sup>

nen is samengesteld. De voordelen, de risico's bij verschillende aandoeningen, de absolute contra-indicaties en de te verwachten bijverschijnselen van oestrogenen zijn samengevat in een kader op pagina 146.

Bij premenopauzale cyclusstoornissen staan de huisarts een „sub-50“-pil of, indien geen anticonceptie wordt gewenst, lynestrenol (Orgametril®) of oestradiolvalerianaat (Cyclocur®) ter beschikking. De dyspareunie in de postmenopauze kan met goed gevolg worden bestreden met een glijmiddel of een oestriol bevattende crème.<sup>21</sup>

### Slotopmerkingen

De titel van deze bijdrage luidt: De rol van de huisarts in het menopauzale gezin. We kunnen ook lezen: *De rol van de huisarts in het menopauzale gezin. De huisarts bestaat niet en het menopauzale gezin evenmin.* Dat betekent dat ook niet van de rol kan worden gesproken. Frenken stelt in zijn proefschrift *Afkeer van seksualiteit*, dat 40 procent van de vrouwen en 25 procent van de mannen uit de sociaal-economische middenklasse in de leeftijd van 16 tot 54 jaar in het huwelijk seksueel aversief is.<sup>22</sup> Als deze schatting opgaat voor alle 2.34 miljoen gehuwden tot 54 jaar, betekent dit dat 960.000 vrouwen en 600.000 mannen seksualiteit als min of meer problematisch beschouwen.

Als een huisarts een beeld wil krijgen van de periode vóór de menopauze, zal hij dit gegeven kunnen overwegen bij de anamnese. Dat maakt het noodzakelijk, dat een menopauzaal gezin een *up-to-date* huisarts heeft, die empathisch kan luisteren en met kennis van zaken eventueel medicamenten voorschrijft. Zowel man als vrouw dienen „een individuele benadering en eventueel een aan hem of haar aangepaste behandeling en begeleiding” te ontvangen (naar Haspels<sup>23</sup>). Misschien krijgt de rol van de huisarts een extra dimensie als het menopauzale gezin een menopauzale huisarts heeft.

*Samenvatting. De huisarts verkeert in de unieke situatie dat hij de meeste mensen in zijn praktijk gedurende lange tijd meemaakt en daardoor in staat is zijn patiënten in hun biosociale levensloop te leren kennen. Vanuit die optiek krijgt hij te maken met mensen die in een bepaalde levens- of gezinsfase verkeren. Van de ongeveer 750.000 vrouwen in ons land in de leeftijdsgroep 45-54 jaar heeft 30 à 40 procent last van verschijnselen en klachten die tot het climacterieel syndroom*

*worden gerekend. Het percentage mannen dat in deze levensfase klachten – voornamelijk erectiestoornissen – heeft, wordt op 25 procent geschat. Terwijl bij vrouwen rolverandering en functieleegte kunnen optreden, leeft de man doorgaans op een geestelijke hoogvlakte (Rümke). Vele klachten tijdens het climacterium zijn niet van uitsluitend medische aard, maar houden ook verband met het sociale netwerk.*

*De huisarts die, in overleg met zijn patiënte, hormonale behandeling overweegt, zal de voordelen tegen de nadelen moeten afwegen. Vrouwelijke huisartsen benaderen menopauzale vrouwen anders dan hun mannelijke collega's. Zowel mannen als vrouwen met climacteriële klachten dienen een individuele benadering en een persoonlijke behandeling en begeleiding te ontvangen.*

*Summary. The role of the general practitioner in the menopausal family.*

*The general practitioner's unique situation of knowing most of the patients in his practice over a longer period enables him to become familiar with their biosocial course of life and confronts him with persons in a given phase of life or family life. Of some 750,000 women in age group 45-54 in The Netherlands, 30 to 40 percent suffer from symptoms or have complaints regarded as features of the climacteric syndrome. The percentage of men who in this phase of life have complaints – mainly about erection problems – is estimated to be 25. Women may suffer from role change and a functional vacuum, but men as a rule reach a mental plateau (Rümke). Many complaints of the climacteric are not exclusively medical but also relate to the social network.*

*The general practitioner who contemplates hormonal treatment in consultation with his female patient, will have to weigh the advantages and disadvantages. The approach of female general practitioners to menopausal women differs from that of their male colleagues. Both men and women with climacteric complaints require an individual approach and personal treatment and guidance.*

<sup>1</sup> Gill K. De neus van Cleopatra. Paradigmatische verkenningen. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 459-64.

<sup>2</sup> Cartwright A, Anderson R. General practice revisited. London: Tavistock, 1981.

<sup>3</sup> KeepPA van, Lauritzen C, eds. Ageing and estrogens. Basel etc.: Karger, 1973.

<sup>4</sup> Flint MP. Transcultural influence in perimenopause. In: Haspels AA, Musaph H, eds. Psychosomatics in peri-menopause.

Lancaster (England): MTP Press, 1979.

<sup>5</sup> Moaz B. The perception of menopause in five ethnic groups in Israel [Dissertation]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1973.

<sup>6</sup> Schellen TMCM. Climacterium virile: geen fictie, wel feit? Tempo Medical Nederland 1982; 2 (7/8):36-9.

<sup>7</sup> Aakster CW, Jaszmann LJB. Bestaat er een patroon in de klachten? In: Jaszmann LJB, Haspels AA, red. De middelbare leeftijd van de vrouw. Utrecht: Bunge, 1979.

<sup>8</sup> Hosking DJ, Bennet T, Hapton JR, et al. Diabetic impotence: studies of nocturnal erection during R.E.M. sleep. Br Med J 1979; ii: 1394-6.

<sup>9</sup> Janknegt RA. Urologische andrologie: mannelijke infertiliteit en impotentie. In: Urologica II. Urologische klachten en symptomen. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1982.

<sup>10</sup> Jaszmann L. De middelbare leeftijd van de man. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.

<sup>11</sup> Ensink B, Maan M. De sociale determinanten van en de ziektedrempel bij overgangsklachten. Eindrapport onderzoek onder de Ede'se vrouwen, deel I. Leiden: Projectgroep Climacteriële Klachten, Vakgroep Klinische Psychologie, 1979.

<sup>12</sup> Wilson RA. Feminine forever. New York: Evans, 1966.

<sup>13</sup> Velde CJH van de. Epidemiologie en etiologie van mammacarcinoom. In: Zwaveling A, Velde CJH van de, red. Kliniek van mammatumoren. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.

<sup>14</sup> Waard F de, Collette HJA, Rombach JJ, e.a. Het Dom-project voor de vroege opsporing van borstkanker 1975-1980. Utrecht: Preventicon, 1982.

<sup>15</sup> Rümke HC. Levenstijdperken van de man. Amsterdam: Arbeiderspers, 1963.

<sup>16</sup> Schröder FH. Totale prostatektomie [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

<sup>17</sup> Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1982.

<sup>18</sup> Gill K. The care for specific therapy. In: Fry J, ed. Common dilemmas in family medicine. Lancaster (England): MTP Press, 1983.

<sup>19</sup> Ensink B, Maan M. De huisarts en de vrouw in de overgang. Eindrapport onderzoek onder huisartsen. Leiden: Projectgroep Climacteriële Klachten, Vakgroep Klinische Psychologie, 1981.

<sup>20</sup> Barents JW. Oestrogenen blijven riskant. In Querido A, Roos J, red. Controversen in de geneeskunde, II. Utrecht: Bunge, 1980.

<sup>21</sup> Lisdonk EH van de, Versteegen JMT. De „overgangsjaren”. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 478-81.

<sup>22</sup> Frenken J. Afkeer van seksualiteit. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.

<sup>23</sup> Haspels AA. Hormonale substitutie in het climacterium is meer zinvol dan gevaarlijk. In: Querido A, Roos J, red. Controversen in de geneeskunde, II. Utrecht: Bunge, 1980.