

Rituele besnijdenis van jongens in Nederland

Schmitz RF. *Rituele besnijdenis van jongens in Nederland* [Dissertatie]. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2001; 136 bladzijden. ISBN 90-393-2636-3.

De auteur, chirurg, geeft een aardig overzicht van de rituele besnijdenis door de eeuwen heen. In een aantal hoofdstukken komen achtergronden, betekenissen en uitvoeringswijzen van de rituele circumcisie aan bod. Drie hoofdstukken zijn gewijd aan het onderzoek dat hijzelf heeft uitgevoerd. Hoofdstuk 6, gepubliceerd in het NTvG, gaat over de uitvoering onder plaatselijke verdoving buiten het ziekenhuis bij 94 jongens ouder dan twee jaar. De ingreep blijkt indien hij buiten het ziekenhuis wordt uitgevoerd, niet meer complicaties op te leveren dan in een klinische setting onder algehele anesthesie. Ook postoperatieve pijn en andere klachten zijn vergelijkbaar. De ouders van de kinderen waardeerden het positief dat de ingreep op deze wijze uitgevoerd werd. In hoofdstuk 8 beschrijft hij een vergelijkend onderzoek tussen poliklinische besnijdenissen in Rotterdam (conventionele uitvoering) en in Utrecht (circumcisie met behulp van de Taraklamp). Bij gebruik van de Taraklamp duurde de ingreep korter en waren de cosmetische resultaten beter. Vanwege de heviger napijn en de grootte van de klem kon een aantal ouders de Taraklamp niet aan anderen aanbevelen. Ook is bij gebruik van de Taraklamp – in tegenstelling tot de conventionele methode – een nacontrole noodzakelijk. In hoofdstuk 9 ten slotte worden de effecten en kosten van vier verschillende wijzen van het uitvoeren van een rituele circumcisie berekend. Niet erg verrassend is de uitkomst dat het besnijden van met name zuigelingen in de huisartspraktijk het meest kosteneffectief is.

In dit zelfde nummer doet Robberse verslag van het uitvoeren van rituele circumcisies in de huisartspraktijk. Schmitz stipt wel een ethisch vraagstuk rond besnijdenis even aan: is het verantwoord om een

verminkende ingreep te doen zonder dat daar een medische indicatie voor bestaat? De bespreking van dit vraagstuk is echter weinig diepgaand; uiteindelijk geven pragmatische overwegingen de doorslag. De behoefte aan rituele besnijdenissen bestaat en zal mogelijk nog toenemen. Als we geen verantwoord alternatief bieden neemt de kans toe dat er thuis geklungeld gaat worden.

Henriëtte van der Horst

Depressie

Van Weel-Baumgarten EM. *Depression: the long term perspective; a follow-up study in General Practice*. [Dissertatie] Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2000.

Het onderzoek van Weel had als doel meer te weten te komen over het langetermijnbeloop van depressie bij patiënten in de huisartspraktijk. Dat is voortreffelijk gelukt. Van Weel maakt meer dan waarschijnlijk dat het beloop van depressie in de huisartspraktijk afwijkt van dat in psychiatrische populaties. Dat doet ze op basis van haar eigen onderzoek en vervolgens bedt ze dat onderzoek in een systematisch literatuuronderzoek in dat tot dezelfde conclusie voert. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er slechts beperkte gegevens zijn uit de eerste lijn en de open bevolking: de beschikbare gegevens wijzen op recidiepercentage van rond veertig procent. Dat is aanzienlijk lager dan in psychiatrische populaties wordt gevonden. Dat blijkt ook uit haar eigen onderzoek, en dat ondanks het feit dat de huisartsen uit dat onderzoek anti-depressiva te laag en te kort doseren.

De specificiteit van de diagnose depressie door de huisartsen gesteld was hoog: als de huisarts een depressie diagnosticeert, is het ook bijna altijd een depressie volgens de daarvoor geldende criteria. De sensitiviteit van de diagnose was echter een punt van zorg: twintig procent van de patiënten met chronische nerveus-functionele klachten (CNFK) bleek volgens de geldende criteria een niet gediagnosti-

ceerde, ernstige depressie te hebben. Natuurlijk, deze studie is uitgevoerd in de vier Nijmeegse CMR-praktijken, de rijke erfenis van Frans Huygen. Dat beperkt natuurlijk de generaliseerbaarheid van de resultaten. Maar de literatuur laat een vergelijkbaar beeld zien.

Van Weel ontleent er een argument aan om mensen die met steeds wisselende klachten op het spreekuur komen, chronische klagers en somatiserende patiënten te diagnosticeren als CNFK, omdat mensen met die diagnose een hoog risico op depressie hebben. Ze pleit ook voor onderzoek onder huisartsen waarom huisartsen niet altijd depressie herkennen: is dat omdat de patient niet aan de diagnose wil, omdat er soms geen praktische consequenties aan de diagnose zijn verbonden?

Mensen die eenmaal een depressie hebben gehad houden ook lang na de depressie meer psychische klachten en blijken naderhand een slechtere algemene gezondheidstoestand te hebben. De vraag is of ze kwetsbaar geworden zijn als gevolg van de depressie of dat ze een depressie kregen omdat ze al kwetsbaar waren. Hoe het zij, het belang van de continuïteit van zorg, de kennis van de voorgeschiedenis wordt er opnieuw mee onderstreept. Van Weel vindt er een argument in om mensen die eenmaal een depressie hebben gehad langdurig en zorgvuldig te blijven vervolgen.

Het is een proefschrift geworden van meer dan uitsluitend academisch belang: van Weel doet op grond van haar bevindingen niet alleen aanbevelingen voor verder onderzoek, maar ook geeft ze suggesties voor de dagelijkse praktijk gebaseerd op gegevens uit de huisartspraktijk. Het onderzoek relateert conclusies op grond van onderzoek in andere populaties dan die van de huisarts en het draagt daarom bij aan de versterking van de wetenschappelijke basis van de huisartsgeneeskunde.

Ger van der Werf