

insufficiency in primary varicose veins evaluated by plethysmographic technique. *Angiology* 1991; 42: 468-72.

- 5 Hach W. Phlebographie der Bein- und Bechenvenen. Schutzzun, 1985.
- 6 Stranzenbach W, Hach W. Diagnostik der sekundären Popliteal- und Femoralveneninsuffizienz bei Stammvarikose. *Vasa* 1990; 19: 30-4.
- 7 Wienert V. Die Beinveneninsuffizienz. Stuttgart, New York: Schattauer, 1984.
- 8 Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A. Leg ulcer etiology – a cross sectional population study. *J Vasc Surg* 1991; 14: 557-64.
- 9 Feuerstein W. Die Diagnose des postthrombotischen Syndroms. *Phlebol Proktol* 1979; 8: 18-46.
- 10 Nocker W, Diebschlag W. An investigation of dosage effects with drinking solutions of O-(beta-hydroxyethyl)-rutosides. *Vasa* 1987; 16: 365-9.
- 11 Van Cauwenberge H. Double blind study of the efficacy of O-(β-hydroxyethyl)-rutosides in the treatment of venous conditions. *Med Hyg* 1978; 36: 4175-7.
- 12 Forconi S, Guerrini M, Di Perri T. Study of the activity of a flavonoid, O-(beta-hydroxyethyl)-rutoside, at high dose levels on venous tone measured by 'strain gauge' plethysmography. *Vasa* 1977; 6: 279-84.
- 13 Pulvertaft TB. Paroven in the treatment of chronic venous insufficiency. *Practitioner* 1979; 223: 838-41.
- 14 Balmer A, Limoni C. Klinische, plazebokontrollierte Doppelblindprüfung von Venoruton® bei der Behandlung der chronisch-venösen Insuffizienz. Die Bedeutung der Patientenauswahl. *Vasa* 1980; 9: 76-82.
- 15 Bergqvist D, Hallböök T, Lindblad B, Lindhagen A. A double-blind trial of O-(β-Hydroxyethyl)-rutosides in patients with chronic venous insufficiency. *Vasa* 1981; 10: 253-60.
- 16 Neumann HAM, Van den Broek MJTB. Evaluation of O-(β-hydroxyethyl)-rutosides in chronic venous insufficiency by means of non-invasive techniques. *Phlebology* 1990; 5(Suppl 1): 13-20.
- 17 Anonymous. Paroven: not much effect in trials. *Drug Ther Bull* 1992; 30: 7-8.
- 18 Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1992.
- 19 De Jonge JW, Van Zutphen WM, De Bruyne GA, Knottnerus JA. De behandeling van enkeloedeem bij ouderen in de huisartspraktijk; wanneer en hoe vaak worden diuretica gebruikt? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1702-5.
- 20 Neumann HAM. Voor een constructieve discussie tussen eerste en tweede lijn. *Med Contact* 1992, 47: 1133-5.

Chronische luchtwegaandoeningen

De prevalentie van een aantal belangrijke chronische luchtwegaandoeningen tezamen (chronische bronchitis/bronchiëctasie, emfyseem/COPD, astma en hooikoorts/allergische rhinitis) wordt door *Thoonen et al.* op grond van het Limburgse Registratienet Huisartspraktijken (RNH) geschat op 8,2 procent.¹ Op grond van de Nederlandse morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk schatte *Mulder* de prevalentie van Cara in ons land op 3 procent.²

Op het Limburgse cijfer kan iets worden afgedongen: laten we op grond van het onderzoeksverslag aannemen dat hooikoorts/allergische rhinitis hieraan ongeveer 1 procent bijdraagt, en de expositie in de Limburgse mijnen nog eens circa 1 procent. De prevalentie van Cara zou dan dus 6 procent bedragen, tweemaal zoveel als wij tot nu dachten.

De verklaring voor dit grote verschil wordt door de auteurs zelf gegeven. In 1988 hebben 42 huisartsen (in 13 praktijken) een registratiesysteem opgestart. Alle informatie over de patiënten die bij de huisarts bekend was, werd gebruikt om een probleemlijst te maken. Voor het onderzoek van *Thoonen et al.* is op basis daarvan de puntprevalentie van luchtwegproblemen bepaald, waarbij puntprevalentie dus niet betekent 'het bestaan van klachten op een bepaald tijdstip', maar 'het op de probleemlijst vermeld staan van een of meer van de vier genoemde luchtwegdiagnosen als een actief probleem'.

Ik neem aan dat de meeste deelnemende huisartsen bij het maken van de probleemlijst konden beschikken over gegevens over een periode van vele jaren, wellicht zelfs over het hele leven van de patiënt. Dat zou betekenen dat de berekende puntprevalentie meer het karakter heeft van een periodeprevalentie of zelfs van een levensprevalentie. Mogelijk is er ook sprake geweest van een *honeymoon-effect* bij de samenstelling van de probleemlijst.

Wanneer het aantal door de huisartsen 'actueel relevant' geachte luchtwegproblemen de komende jaren gaat dalen, zal zich dat kunnen weerspiegelen in een dalende prevalentie van Cara in Limburg. Wanneer de diagnostiek van de huisartsen echter zodanig zal worden verrijkt dat ook mensen die 'misschien in lichte mate Cara hebben', worden meegerekend, dan zal ook in Limburg in de toekomst een prevalentie van Cara van meer dan 20 procent in de jongere leeftijdsgroep gevonden worden.³

Het onderzoek van *Thoonen et al.* geeft alle aanleiding om van gedachten te wisselen over

de wijze waarop wij Cara willen definiëren. Mogelijk had in het verslag dan ook meer aandacht besteed kunnen worden aan vragen als: welke criteria hanteerden de 42 huisartsen bij het bestuderen van hun gegevensbestand voor opname van één van de vier diagnosen in de probleemlijst? Hanteerden de huisartsen de criteria voor de 'actuele relevantie' van één van de luchtwegdiagnosen op de probleemlijst op gelijke wijze? Welke veranderingen in het hantieren van deze criteria kunnen in de loop van de tijd worden verwacht?

Ben Ponsioen
huisarts te Brielle

- 1 Thoonen BPA, Knottnerus JA, Höppener P. Chronic airway disease in general practice. Prevalence and future development of the number of patients. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 36-41.
- 2 Mulder JD. Afscheidsrede. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
- 3 Anoniem. Prevalentie Cara in Nederland. Rotterdam: Glaxo/Instituut voor psychologisch markt-onderzoek, 1990.

Naschrift

Zoals in ons artikel duidelijk is vermeld, maakt het Registratienet Huisartspraktijken (RNH), in tegenstelling tot diverse andere systemen, al jarenlang gebruik van onafhankelijke diagnostische criteria, ontleend aan de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-defined). De huisartsen passen deze zo goed mogelijk toe, en onderlinge kwaliteitsbewaking dienaangaande vindt systematisch plaats. Deze gang van zaken is beschreven in diverse rapportages en publicaties vanuit het RNH.

Ponsioen tracht af te dingen op de door ons gerapporteerde prevalentiecijfers. Daarbij lijkt het erop dat de RNH-benadering niet is overgekomen, evenals een door ons aangedragen mogelijke verklaring van het verschil met enkele andere Nederlandse registratiesystemen. Het gaat in ons systeem om de puntprevalentie van actieve chronische luchtwegaandoeningen, zoals door de huisarts vastgesteld aan de hand van genoemde criteria. *Updating* van deze probleemlijstgegevens vindt enkele malen per jaar plaats door veranderingen in het actuele praktijkbestand van de huisarts te verwerken in het centrale RNH-bestand. Uiteraard blijven daarbij, evenals dat het geval is bij een groene-kaartregistratie, de historische gegevens netjes aanwezig, met alle bijbehorende *entry*-, actief- en inactief-data. Daardoor is longitudinale analyse mogelijk. Er is echter geen

sprake van dat niet-actieve, niet-relevante gegevens uit lang vervlogen tijden opduiken in een rapportage van actieve (voor de huisarts op dat moment relevante) chronische problemen op een bepaalde peildatum. Wel zal iemand die bijvoorbeeld emfyseem heeft maar daarvoor in een bepaald jaar niet de huisarts bezoekt (bijvoorbeeld omdat hij door de longarts begeleid wordt, of in dat jaar geen hulpvraag in verband met emfyseem presenteert), geregistreerd blijven als emfyseempatiënt totdat hij verhuist of overleden is (genezing ligt in dit geval minder voor de hand). Dat is een bewuste keuze. In systemen die op basis van een contactregistratie een periodeprevalentie hanteren, beperkt men zich dikwijls tot de (bekende, al dan niet vermeerderd met de nieuwe) patiënten die in die periode (meestal een jaar) in verband met de betreffende aandoening een beroep op de huisarts hebben gedaan.

Wat door Ponsioen bedoeld wordt met een *honeymoon-effect* bij de samenstelling van de probleemlijst in 1988, is ons niet duidelijk. Vertekening in de tijd ligt in elk geval niet voor de hand. De invoer was gespreid over diverse jaren en de hiervoor ontworpen procedure was onafhankelijk van klachten en diagnoses. Het patroon van persoons-achtergrondvariabelen en de verdeling (en dus prevalenties) van actuele gezondheidsproblemen vertonen een stabiel beeld door de jaren heen.

Bij een zich voortdurend ontwikkelende geneeskunde is verfijning van de diagnostiek in de toekomst vanzelfsprekend niet uit te sluiten. Zo'n verfijning zou invloed kunnen hebben op de waargenomen prevalenties. Dat is niet specifiek voor morbiditeitsregistraties, het geldt voor de geneeskunde als geheel. Volledige (geforceerde) uniformering en fixatie van registratiecriteria zal noch mogelijk noch wenselijk zijn. Van de medische probleemruimte en de inter-doktervariatie die er ook op goede gronden kunnen zijn, moet men zich niet vervreemden. Het gebruik van algemeen aanvaarde criteria als ruggesteun, en actieve kwaliteitstoetsing (perifeer en centraal) moeten een zowel klinisch relevant als wetenschappelijk zinvol registratie- en steekproefbestand waarborgen. Gelukkig voor de vergelijkbaarheid in de tijd zijn de in ons artikel beschreven criteria tot nu toe vrij stabiel gebleken. Als de (huisarts)geneeskundige wetenschap in de toekomst echter nieuwe, voor de huisartspraktijk relevante diagnostische criteria zou formuleren, zal de diagnostiek uiteraard met haar tijd meegaan.

J.A. Knottnerus
B.P.A. Thoonen

Hete-luchtoven

Met veel belangstelling hebben wij het artikel over het gebruik van (en de discussie over) de hete-luchtoven in de huisartspraktijk gelezen.¹ Miele levert een dergelijk apparaat weliswaar niet, maar wel andersoortige apparatuur voor het terugbrengen van het aantal ziektekiemen op gebruikte medische hulpmiddelen uit de huisartspraktijk. In feite zijn dat speciale spoelmachines (thermo-desinfectoren), waarin met behulp van hulpstukken allerlei medisch toebehoren geplaatst kan worden. Dit wordt machinaal dermate intensief met heet water bespoid, dat een zeer grote kiemgetalreductie – 10⁷ volgens BGA – tot stand komt bij gebruik van het programma DESIN 93°C-10'. Hiermee kan ons inziens een aanvaardbaar resultaat worden verkregen.

P. Boveland, Miele

1 Dijkers FW. De hete-luchtoven – onderwerp van discussie. Huisarts Wet 1993; 36(8): 258.

Naschrift

In mijn artikel heb ik het gebruik van de hete-lucht-oven als sterilisator ter discussie gesteld. En ook met een thermo-desinfector ('een medische afwasmachine') is steriliteit niet te bereiken; daarvoor komt de temperatuur niet hoog genoeg. Voor reinigen en desinfecteren is een thermo-desinfector echter een uitstekend hulpmiddel. Alleen de prijs (rond NLG 6000, exclusief BTW) staat ruime toepassing nog in de weg.

F.W. Dijkers

Verlenging huisartsopleiding

Het artikel 'Verlenging van de huisartsopleiding'¹ doet mij denken aan een ander oud-Hollands spel: 'Mens, erger je niet'. De valkuilen die beschreven worden, blijken bij nader inzien te berusten op generalisaties, vooroordelen en gebrek aan kennis van de auteur. Voorbeelden: **1** 'iedereen (had) het gevoel na het opleidingsjaar voldoende basis te hebben om aan de slag te kunnen' (onderzoek uit 1985!). Dit getuigt van weinig zelfkennis: oud-haio's betreuen het vaak zaken niet in de opleiding te hebben meegeregen, die er nu wel deel van uitmaken. **2** 'impliciet wordt daarbij verondersteld dat alles in opleiding geleerd moet worden en te leren is'. Welk hoogmoedig instituut beweert

dit? Het is niet alleen een verkeerd idee, maar het strookt ook niet met de opzet van de opleiding, waarin kennis, vaardigheden en attitude worden bijgebracht en het leerproces van de huisarts in opleiding wordt gefaciliteerd.

3 'opleiding als nabootsing'. Het aardige van de opleiding is dat juist 'in het echt' geoefend kan worden, terwijl nog feedback en correctie mogelijk zijn. Natuurlijk is alles door schade en schande te leren, maar voorbereid aan het werk gaan is beter voor patiënt en dokter.

4 'het leren zien van de mogelijkheid voor verandering levert nog geen verandering op'. Dat is waar, maar het leren zien op zichzelf is de eerste stap, en velen kunnen enige begeleiding daarbij goed gebruiken. Vaak bemerkt een huisarts na vele jaren dat hij vastloopt: sommigen raken zelfs *burned out*. Het leren omgaan met patiënten, het stellen van grenzen, het durven kijken naar de rol van eigen functioneren, het ter discussie stellen van eigen normen, waarden en behoeften kunnen in dit opzicht preventief werken. Dat haio's geen interesse voor dit onderwerp zouden hebben, is geen reden het niet in het onderwijs op te nemen. Er staan meer onderwerpen op het programma die pas achteraf nuttig bleken te worden gevonden. Men weet vaak niet wat men niet weet.

5 Het is 'niet uitgesloten' dat verbetering van het persoonlijk functioneren vooral te maken heeft met de invloed van de HAO. En de naam situatie van de opleiding levert niets op? Het opleiderschap is steeds meer een vak apart geworden dat mijlener van het vroegere 'gelegenheidsgever-schap' afstaat. Dit vak moet en kan geleerd worden, ook een taak van de opleidingsinstellingen.

6 NHG-standaarden worden volgens Wiersma in de praktijk niet toegepast door opleiders. Een onderwaardering van deze groep huisartsen! Hoe denkt de schrijver, nota bene lid van het NHG, over de standaarden, de waarde daarvan en hun implementatie? Waar zouden de standaarden, als men ze tenminste serieus neemt, eerder moeten/kunnen worden doorgevoerd dan in een opleidingspraktijk? Die biedt juist een unieke gelegenheid om door interactie tussen huisartsopleider en haio het vak te vernieuwen.

7 Wiersma stelt dat klinische stages het gevaar van specialisatie met zich meebrengen. Kennisname van nieuwe technologie is echter niet overbodig gezien de komende uitbreiding van thuiszorg; de huisarts kan dit dan uitstekend zelf blijven doen. Om een goed tegenwicht te vormen tegen deze technologische geneeskunde is het ook nodig dat de haio kan blijven communiceren en weet heeft van zijn persoon-

lijk functioneren bij de groep thuiszorgpatiënten (zie punt 6). De ervaring leert dat de haio zich na een jaar opleiding in de huisartspraktijk in de kliniek bewust is van zijn leerbehoefte als huisarts. Omgekeerd kunnen haio's die met een duidelijk huisartsenprofiel weer even het ziekenhuis binnengaan, daar bepaalde routines bespreekbaar maken. Deze interactie is een nieuw positief element in onze geëcheloneerde gezondheidszorg.

Tot slot: de huisartsenopleiding als 'gevangenis van verveling, frustratie en ergernis'; wanneer en waar is de auteur in hemelsnaam opgeleid en waar is hij vrijgelaten?

Als ik het geheel nog eens overlees, blijft bij mij de indruk bestaan van een persoonlijke afrekening met een de auteur onwelgevallige opleiding. Het artikel had beter als casuïstiek gepubliceerd kunnen worden onder de titel: 'Een oude huisarts vertelt'.

Deze huisarts kan me nog meer vertellen.

H.H.G. de Jong,
huisarts te Rhenen, groepsbegeleider
beroepsopleiding

1 Wiersma Tj. Verlenging van de huisartsenopleiding. Een nieuw Hollandsch ganzenbord. Huisarts Wet 1993; 36(6): 219-22.

Naschrift

Mijn ganzenbordstuk waarschuwt tegen onvoldoende doordachte invulling van het derde jaar van de huisartsopleiding, met name omdat allerminst duidelijk is of er aan de kwaliteit van de huisartsen die momenteel worden afgeleverd, wel zoveel te verbeteren valt. Uit het symposium dat op 11 juni jongstleden ter gelegenheid van het afscheid van V. Dubois als coördinator van de Maastrichtse huisartsopleiding is gehouden, blijkt dat zelfs degenen die jarenlang voor de verlenging hebben gepleit, niet goed weten hoe het derde jaar moet worden ingevuld. Een aanzienlijk deel van de aanwezigen toonde zich weinig gelukkig met de voorgenomen verlenging.

De discussie die heeft geleid tot het besluit van WVC om het veto tegen de verlenging tot drie jaar op te heffen, blijkt zich te kenmerken door een aanzienlijke dosis retoriek die weinig met de realiteit van de huisarts in opleiding te maken heeft. Een kenmerk van retoriek is dat zij door degenen die haar gebruiken op de lange duur voor realiteit wordt aangezien. In zijn ijer mijn 'generalisaties' als toonbeeld van onkunde aan de kaak te stellen, blijkt De Jong nauwe-

lijks meer te zien wat ik precies beweer, waardoor zijn voorbeelden niet erg to the point zijn; integendeel, hij herhaalt slechts het door mij bekritiseerde vertoog. Zo ontgaat hem dat ik nu juist stel dat 'in het echt' *betrekkelijk* is (voorbeeld 3), dat aandacht voor persoonlijk functioneren *binnen zekere grenzen* waardevol is (voorbeeld 4) en dat de *kans* bestaat dat de toepassing van standaarden gefrustreerd wordt door de opleiders (voorbeeld 6). Wie daarnaast denkt dat zeepbellen als 'het faciliteren van het leerproces van de huisarts in opleiding' concreet iets voorstellen (voorbeeld 2) of gelooft dat het tegenwicht tegen technologische geneeskunde bereikt wordt door daar in een positie van afhankelijkheid zo dicht mogelijk bovenop te gaan zitten (voorbeeld 7), staat niet meer met beide benen op de grond.

Omdat inmiddels is gebleken dat mijn twijfel over de zin van de verlenging van de huisartsopleiding tot drie jaar in brede kring herkenning ondervindt, zodat het ganzenbordstuk niet simpelweg kan worden gediskwalificeerd als adolescentenproza, rijst de vraag of de huisartseninstituten niet moeten overgaan tot een kritische herevaluatie van de genomen beslissing. Een enquête onder medewerkers aan huisartseninstituten, huisartsopleiders en pas afgestudeerde huisartsen-in-opleiding naar het draagvlak van de driejarige huisartsopleiding zou weleens onthutsende resultaten kunnen opleveren. De publikatie van enkele persoonlijke verslagen, verzorgd door laatstgenoemde groep over de leerzaamheid van de huisartsopleiding in de verschillende fasen, kan het beeld completeren. Besluiten zijn toch pas 'onomkeerbaar' nadat zij zijn geëffectueerd?

Tjerk Wiersma

Continuïteit van zorg

In zijn uitgebreide reactie op mijn ingezonden brief (Huisarts Wet 1993; 36(6/7): 230-2) gaat IJzermans helaas niet in op de kernproblematiek. Ter vermijding van zinloos 'hakketakken' beperk ik mij nu tot een aantal vragen aan de auteur naar aanleiding van zijn commentaar.¹

1 Wat bedoelt IJzermans dan wél met zijn opmerking '... is continuïteit vooral een emotionele kwestie die is verbonden aan de idealen van een vorige generatie' (pag. 42, 4e regel van boven)? Wijst IJzermans emotionele reacties op zaken die voor patiënten van belang zijn af? Voor wie is het een emotionele kwestie: voor de patiënt of voor de dokter? Bedoelt hij dat deze generatie, in tegenstelling tot de vorige,

geen of andere idealen heeft? Wat wordt bedoeld met 'vorige' generatie?

2 Wat is het standpunt van IJzermans ten aanzien van het door mij geciteerde onderzoek waaruit het belang van continuïteit in persoon en in zorg bij probleemsituaties en ernstige ziekten duidelijk naar voren komt? Hoe denkt hij deze continuïteit te garanderen in een tijd dat mensen korter werken en dus minder beschikbaar zijn?

3 Is IJzermans het met mij eens dat zijn analyse van gegevens slechts beperkte conclusies toelaat, daar immers is vastgesteld dat continuïteit in persoon en in zorg onder bepaalde condities van belang is? Als deze condities niet zijn gemeten, hoe kunnen dan conclusies worden getrokken? Is IJzermans het met mij eens dat alleen gericht onderzoek naar factoren die continuïteit beïnvloeden, adequate informatie kan opleveren over de problemen inzake continuïteit? Daarbij moeten problematische situaties betreffende continuïteit van zorg, zoals ziekenhuisopnames, weekend/avonddiensten en vakanties en ingrijpende levensgebeurtenissen, aan de orde komen.

4 Deelt IJzermans mijn mening dat in de opleiding tot huisarts continuïteit in persoon, van zorg en in de tijd meer aandacht verdient, juist gezien de veranderende leefgewoonten van huisartsen én patiënten?

R.A. de Melker

1 IJzermans CJ. Continuïteit in de zorg: realiteit of mythe? [Commentaar]. Huisarts Wet 1993; 36(2): 41-2.

Naschrift

In mijn reactie op De Melkers venijnige ingezonden brief vol onjuiste citaten en irrelevante mededelingen ben ik in een (ook niet vriendelijk) naschrift op vrijwel al zijn kritiekpunten ingegaan. Na deze correspondentie vindt De Melker dat het gehakketak voorbij moet zijn en dat de kernproblematiek aan bod moet komen. Daartoe heeft hij nu vier examenvragen voor mij opgesteld. Curieus, maar ik zal mijn best doen.

1 Continuïteit in de zorg, op episodebasis, is *altijd* belangrijk en dient *altijd* te worden nagestreefd. Ook bij een toenemend aantal part-time werkende huisartsen blijkt continuïteit in de zorg in Nederland hoog: in 85 procent van de gevallen ziet een patiënt dezelfde huisarts binnen eenzelfde episode, in 76 procent van de gevallen de 'eigen' huisarts, bij wie hij ingeschreven staat.¹

2 Continuïteit in de zorg blijkt vooral hoog te zijn bij psychische en sociale problemen, en relatief laag bij chronische episoden. Het eerste is min of meer een artefact, doordat continuïteit als het ware een deel van de behandeling is. Het tweede is deels verklaarbaar: bij een acute fase wordt de snelst bereikbare huisarts geconsulteerd. Wat hier verder meespeelt, is (nog) niet duidelijk; ik heb de indruk dat inter-doktervariatie een belangrijke factor is: er zijn bijvoorbeeld huisartsen die niets ophebben met verslaafden, met huwelijksproblemen of met patiënten met een IBS.

3 Er is tot nu toe veel te weinig moeite gedaan om het begrip continuïteit te definiëren, respectievelijk empirisch te onderbouwen. Het is daarom maar de vraag wat nu precies over dit onderwerp onderwezen moet worden aan studenten en arts-assistenten. Met een beperkte operationalisatie heb ik een eerste aanzet tot empirische steun geprobeerd te geven.¹⁻³ Er is meer onderzoek mogelijk en noodzakelijk, vooral ten aanzien van de continuïteit *in de zorg*. Pas dan kan het onderwijs over dit basiskenmerk van de huisartsgeneeskunde voldoende 'body' krijgen.

4 Huisartsen koesteren soms idealen die niet altijd te verwezenlijken zijn, zoals levensloop-geneeskunde en een volledige continuïteit in de persoon. De Leeuwenhorst-werkgroep omschreef de huisarts als iemand die 'persoonlijke, primaire en continue zorg aan individuen verleent'. De Engelse hoogleraar *Freeman* suggereert aan de hand van deze omschrijving: 'While this is both praiseworthy and attractive, we must recognize that patients may not necessarily agree with us about the universal desirability of personal continuity. We need to be able to advise and encourage continuity on professional rather than emotional grounds'.⁴

5 Een commentaar in dit tijdschrift geeft een overzicht van de stand van zaken op dat moment, waarbij een auteur ook zijn mening kan geven. Daarmee hoeft niet iedere lezer het eens te zijn.

C.J. IJzermans

- 1 IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten. *Huisarts Wet* 1993; 36: 50-3.
- 2 IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de huisartspraktijk gemeten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 51-6.
- 3 IJzermans CJ, Oskam SK. Clustering, continuïteit en co-morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- 4 Freeman GK. Measuring continuity of care. *Fam Pract* 1987; 4: 249-50.

Why are children referred for circumcision?

Williams N, Chell J, Kapila L. Br Med J 1993; 306: 28.

Save the normal foreskin. Widespread confusion over what the medical indications for circumcision are

Editorial. Gordon A, Collin J. Br Med J 1993; 306: 1-2.

In dit onderzoek werd prospectief nagegaan met welke diagnoses 69 jongens met problemen van de penis werden verwezen naar de kinderchirurg, en hoe vaak circumcisie geïndiceerd was. De mediane leeftijd van de jongens was 4,2 jaar. De meest frequente verwijstdiagnosen waren: strakke voorhuid, phimosis en balanitis. De kinderchirurg vond bij 29 jongens geen afwijkingen, bij 30 een niet-retraheerbare voorhuid zonder andere afwijkingen, bij 9 een phimosis en bij één een te ruime voorhuid. Bij 14 jongens was een circumcisie geïndiceerd, negen maal wegens een phimosis, eenmaal vanwege een te ruime voorhuid, bij twee om religieuze redenen en bij twee vanwege een niet-retraheerbare voorhuid op oudere leeftijd (10 en 14 jaar).

De auteurs concluderen dat kinderchirurgen en huisartsen verschillende definities hanteren, met name ten aanzien van phimosis en de niet-retraheerbare voorhuid, die bij jonge kinderen fysiologisch is.

In het redactioneel commentaar wordt, mede op basis van gegevens uit andere studies, gesteld dat circumcisie onder 5-jarige leeftijd zelden geïndiceerd is.

François Schellevis

Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs

Vanherweghem J-L, Depierreux M, Tielemans Ch, et al. Lancet 1993; 341: 387-91.

In het eerste halfjaar van 1992 werden er in Brussel elf vrouwen, jonger dan 50 jaar, met terminale of preterminale interstitiële nefritis opgenomen. Bij alle vrouwen werd de nefropathie gekenmerkt door een acuut verloop. Het bleek dat al deze vrouwen hetzelfde vermagingsinstituut hadden bezocht. Tot de kuur aldaar behoorden ook capsules met dierlijke en plantaardige extracten. Vóór deze explosie van ernstige nierstoornissen waren volgens de fabrikant enkele bestanddelen van de receptuur,

onder andere het pancreaspoeier, vervangen door Extr. Belladonnae en de Chinese kruiden *Stephania tetrandra* en *Magnolia officinalis*.

De auteurs houden voorlopig de laatste twee stoffen verantwoordelijk voor de problemen. De *M. officinalis* kon kwalitatief en kwantitatief aangetoond worden. De *S. tetrandra* kon op geen enkele wijze in de capsules aangetoond worden en evenmin in vier monsters van de door de importeur geleverde grondstoffen.

Dat kruidenpreparaten niet altijd onschadelijk zijn, illustreren de auteurs aan de hand van vele voorbeelden. Met name de Balkan is beucht om dit soort nefropathieën. Ofschoon de schrijvers niet met zekerheid de precieze oorzaak van deze piek van acuut verloopende interstitiële nefritis konden aantonen, leek hun de relatie tussen de geslikte capsules en de nierafwijkingen zo opvallend dat een waarschuwing gerechtvaardigd is.

Recente waarschuwingen tegen het gebruik van ongecontroleerde 'natuur'-produkten en exotische medicijnen worden door dit geval nog eens onderstreept. Sinds dit artikel werd geschreven, zijn er in 1992 nog 39 eerdere gevallen ontdekt. Bij 18 van deze vrouwen werken de nieren helemaal niet meer; zij krijgen een niervervangende behandeling in afwachting van een niertransplantatie.

M. Sanders

Recruitment and participation of general practitioners in a multipractice study of smoking cessation

Haug K, Fugelli P, Aaro LE. Scand J Prim Health Care 1992; 10: 206-10.

Het meedoen van een aantal huisartsen aan een onderzoek kan resulteren in een grotere generaliseerbaarheid van de uitkomsten. Het is echter ook mogelijk dat de deelnemende huisartsen systematisch verschillen van de groep niet-deelnemers. In deze studie werd onderzocht in welke opzichten deelnemers en niet-deelnemers aan een stoppen-met-roken studie van elkaar verschilden.

Alle 400 huisartsen in West-Noorwegen kregen een schriftelijk verzoek deel te nemen aan een onderzoek, waarin jonge vrouwen door middel van een uitgewerkt consultvoeringsmodel zouden moeten worden overgehaald om op te houden met roken. Aan het eind van het onderzoek kregen alle huisartsen een vragenlijst toegestuurd, waarin werd gevraagd naar karakteristieken van arts en praktijk, rookge-