

cum wordt gebruikt, zijn de bloedvaten niet in staat hun normale tonus te herwinnen. Zij kunnen dan echter nog wel tijdelijk reageren op sterkere sympathicomimetica, zoals nafazoline. De vasodilatatie verdwijnt echter binnen 48 uur na staken van de toediening van het sympathicomimeticum. De zwakkere sympathicomimetica zoals fenylefrine en xylometazoline veroorzaken echter zelden een „rebound”-effect.

Literatuur: PROCTOR, D. F. en G. K. ADAMS (1981) Physiology and pharmacology of nasal function and mucus secretion. In: J. WIDDICOMBE, *Respiratory pharmacology*. (Int. Encycl. Pharmacol. Therap. Section 104.) Pergamon Press, Oxford.

Kosten en baten van „screening” op cervixcarcinoom

Naar aanleiding van mijn ingezonden (1981) werd ik geattendeerd op een misvatting mijnerzijds in de interpretatie van de gegevens betreffende de kosten, zoals opgegeven in het rapport van de evaluatie-commissie voor de eerste

screeningsronde. Op bl. 4 van dit rapport wordt het door mij geciteerde bedrag van f 50.000.000 per jaar genoemd. Dit blijkt echter op geheel Nederland te slaan. Op bl. 10 en 11 blijkt dat het om een bedrag gaat dat globaal een factor 10 lager ligt in de proefregio's alleen (ca. f 5.000.000 per jaar).

De overlevingskans bij cervixcarcinoom, indien vroeg opgespoord, wordt opgegeven als 83%, bij een late opsporing is dit 44%. Het theoretisch maximale aantal te redden vrouwen in de proefregio's bedraagt derhalve

$$\frac{83 - 44}{100} \times \frac{400}{4} = 39$$

Bij deze gecorrigeerde berekening zijn dus bij maximaal rendement de kosten van opsporing per overlevende patiënt ca. f 125.000 (exclusief behandeling).

(Met vriendelijke dank aan dr. N.J. A. Noorduyn, die mij op de verkeerde interpretatie van de kostenopgave van de evaluatie-commissie attendeerde.)

Literatuur: STEFFELAAR, J. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2025.

Zwolle, december 1981

J. W. STEFFELAAR

LITERATUUROVERZICHTEN

Nederlandse literatuur (4e kwartaal 1981)

TIJDSCHRIFTEN

Gerontologie. Tijdschrift over vraagstukken van ouder worden, ouderdom en levensloop. – 12e Jrg. 1981. Nr. 4. M. A. WULP en P. A. J. B. M. HULING, Het effect van bewegingsprogramma's bij ouderen. H. F. A. DIESFELDT, Over de interpretatie van veranderingen in BOP-scores bij longitudinaal onderzoek van individuele patiënten. H. TEN HAVE, Enkele theoretische beschouwingen over de invulling van het rolbegrip in het therapeutisch milieu in het verpleeghuis voor somatische zieken. J. TH. R. SCHREUDER, Bijdragen over het specialisme geriatrie en de opleiding tot geriater. J. BEERTHUIZEN, Discussienota: „Taak en functie verpleeghuizen. Een aanzet tot vernieuwing”.

Huisarts en wetenschap. – 24e Jrg. 1981. Nr. 9. F. VAN DER HORST, W. VIERHOUT en W. MEULDERS, Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 2. Analyse van een consult. J. T. BUMA, Opvattingen over huisartsgeneeskunde in *huisarts en wetenschap*. G. J. BREMER, Studies uit de huisartspraktijk. Proefschriften van huisartsen, 1900-1979. Nr. 10. H. LAMBERTS, Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject. I. Geaggregeerde gegevens. J. T. BUMA, De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. Nr. 11. 25 jaar NHG – Huisarts je staat er voor! H. H. W. HOGERZEIL, Vijfentwintig jaar NHG: terugkoppeling van signaal naar kennis. F. J. A. HUYGEN, Huisarts, hoe sta je er voor? H. J. DOKTER, Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. C. VAN WEEL, Achilles tot hardloper bekeerd. H. LAMBERTS, Hoe beïnvloedbaar is

de huisarts? Het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject. II. Multiële correlaties en factoranalyse. TH. VOORN, Het ganzenbord van de huisarts. Het spel voor één tot zes huisartsen. H. O. SIGLING, Huisartsgeneeskunde, een eigen soort geneeskunde? C. P. SCHOUWSTRA, Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. J. P. C. MOORS, Dokter en patiënt, ze hebben wat met elkaar. S. VAN DER KOOIJ, De huisarts als hulpverlener bij lichamelijke aandoeningen.

The Netherlands journal of medicine. – 24e Jrg. 1981. Nr. 5. F. BOOMSMA, K. Y. TAN and M. A. D. H. SCHALEKAMP, Angiotensin I-converting enzyme in the diagnosis and management of sarcoidosis. D. TH. SLEIJFER, N. H. MULDER and H. O. NIEWEG, Acute leukaemia after acquired aplastic anaemia. J. G. M. C. ROSIER, H. BAADENHUIJSEN and R. A. P. KOENE, Long-term survival of a renal allograft in a patient with primary hyperoxaluria (type I). G. H. J. BOERS, M. J. J. T. BOGMAN, F. M. J. DEBRUYNE, W. H. L. HOEFNAGELS, P. W. C. KLOPPENBORG and J. I. M. DRAYER, Hyperaldosteronism due to adrenocortical carcinoma 12 years after surgical removal of an aldosterone-producing adrenocortical adenoma. F. E. ZWAAN and J. JANSEN, Acute leukaemia, perspectives in diagnosis and treatment.

The Netherlands journal of surgery. – 33e Jrg. 1981. Nr. 3. W. VELTHEER, The dawn of gastric resection. K. B. PRENGER, M. J. H. SLOOFF, D. H. E. LICHTENDAHL and G. KOOTSTRA, A preduodenal portal vein and its surgical implications. H. GARIBYAN, Experimental microvascular surgical orchidopexy. CHR. VAN DER WERKEN and R. SYBRANDY, Meckel's diverticulum. An investigation based on pathological findings in 130 patients treated by surgery. J. BOEVÉ,