

fear-schaal behalen, tijdens perioden van kortademigheid significant meer inhalatie- $\beta_2$ -sympathicomimetica gebruiken dan de groep met een gemiddeld puntenaantal (DAHLEM e.a. 1977). Patiënten die hun astma van weinig betekenis achten, stellen medicijngebruik (te) lang uit om daarna, bij toenemende benauwdheid, zeer vaak hun spray te gebruiken; patiënten die zeer alert en angstig zijn over het geringste teken van benauwdheid gebruiken eveneens hun spray te vaak.

Eigen onderzoek (KAPTEIN 1981)<sup>3</sup> en klinische waarneming leiden tot vergelijkbare waarnemingen. Wij onderzochten 40 Nederlandse patiënten in de leeftijdscategorie van 16-60 jaar die in een status asthmaticus werden opgenomen op onze afdeling (de groep bestond uit 15 mannen en 25 vrouwen; bij opname bedroeg de gemiddelde één-secondewaarde  $890 \pm 510$  ml, en de gemiddelde  $P_{aO_2}$   $71,7 \pm 12,6$  mmHg). De gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf bedroeg 17,7 dagen, met een spreiding van 4-43 dagen. Aan de patiënten werden enkele vragenlijsten voorgelegd die betrekking hadden op de wijze waarop de patiënt reageert op zijn astma. Patiënten met een hoog aantal punten op schalen die schaamte voor astma en angst meten, verbleven niet alleen significant langer in het ziekenhuis dan patiënten met een gemiddeld puntenaantal op deze kenmerken (resp. voor schaamte 25,7 dagen en 15,9 dagen,  $P < 0,05$ ; voor angst 26,7 dagen en 16,7 dagen,  $P < 0,05$ ), maar werden ook vaker opnieuw opgenomen in een nacontroleperiode van één jaar dan patiënten met een gemiddeld aantal punten (resp.  $P < 0,012$ , en  $P < 0,048$ ). Deze samenhangen worden niet verklaard door de leeftijd (bij onderzoek), de ernst van het astma of door het aantal jaren dat de klachten bestaan.

Gesprekken met deze patiënten leren dat zij zeer onregelmatig hun medicijn gebruiken; het gedrag ten aanzien van de medicatie lijkt veel op dat van bepaalde categorieën patiënten met andere chronische ziekten (diabetes mellitus, nierdialyse enz.) bij wie onder-

houdsmedicatie wordt voorgeschreven. Wanneer geen subjectieve klachten worden waargenomen, vermindert of staakt de patiënt zijn medicijngebruik; dreigt de situatie te verergeren dan „gebruikt” de patiënt veel te veel.

Wij willen de aanbevelingen van de aangehaalde auteurs om, zoals GRIFFIOEN (1981) het formuleert, spiralen met dodelijke afloop te doorbreken niet herhalen, wij hebben hier slechts aandacht willen vragen voor de mogelijkheid van het bestaan van een bron voor overconsumptie van inhalatie- $\beta_2$ -sympathicomimetica: ontkenning van en schaamte voor het astma lijken samen te hangen met onjuist gebruik van geneesmiddelen. De behandelende arts kan een uiterst belangrijke bijdrage leveren in het herkennen en het bespreken van dit riskante gedrag. Behalve het geven van uitleg over de wijze waarop de voorgeschreven medicijnen moeten worden gebruikt, lijkt het ook belangrijk te letten op, en te praten over gevoelens van angst en schaamte bij de patiënt met astma.

#### LITERATUUR

- BARCLAY, J., W. G. J. SMITH en G. J. ADDIS (1981) *Lancet II*, 369.  
DAHLEM, N. W., R. A. KINSMAN en D. J. HORTON (1977) *J. Allergy clin. Immunol.* 60, 295.  
GRANT, I. W. B. (1981) *Lancet II*, 36.  
GRIFFIOEN, R. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1390.  
JONES, N. F., R. A. KINSMAN, J. F. DIRKS e.a. (1979) *Med. Care* 17, 1103.  
KAPTEIN, A. A. (1981) Voordracht gehouden op de 7e internationale conferentie over sociale wetenschappen en geneeskunde, Noordwijkerhout. (Wordt gepubliceerd.)  
KOËTER, G. H., H. J. SLUITER, J. DE MONCHY e.a. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1084.  
NOACH, A. S. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1355.  
TOENNESEN, J. (1981) *Lancet II*, 200.  
WEINBERGER, M. (1981) *Lancet II*, 370.  
WILSON, J. D., D. C. SUTHERLAND, A. C. THOMAS (1981) *Lancet I*, 1235.

September 1981

## VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

### INGEZONDEN

#### *Prijsbewuste receptuur*

Nadat de redactie van dit tijdschrift (1981) zich uitvoerig uitsprak over financieel-farmaceutische zaken, daarmede kostenbesparing nastrevend, zal het geen verwondering hoeven te wekken dat een farmaceut, tegen dezelfde achtergrond, enkele financiële aspecten van de medische praktijkvoering belicht, evenzeer in het belang van de Ne-

derlandse economie, maar in de eerste plaats ter bescherming van de patiënt tegen overconsumptie in het medisch vlak.

Nederland besteedt momenteel circa f 30 miljard in de ziekenfondsector van de gezondheidszorg. Daarvan bedraagt het zuivere bedrag aan geneesmiddelen, exclusief honoraria en zogenaamde afleveringskosten voor de apotheker en de marge voor de groothandel, f 1,35 miljard, dit is circa 4,5% van het totale budget. Deze cijfers zijn schattingen aan de hand van door het Ministerie van Volksgezondheid gepubliceerde cijfers over 1980. Het is onbegrijpelijk waarom in uw redactioneel antwoord (1981) het niet nader toegelichte cijfer van 14,3% werd ontleend aan een buitenlandse publikatie met gegevens over 1974.

<sup>3</sup>Dit onderzoek wordt gesubsidieerd door het Nederlands Astma Fonds.

Het is opvallend dat het al jarenlang dalende percentage voor zuivere kosten van geneesmiddelen nog steeds zo de aandacht heeft, terwijl de overige 95% zo weinig, althans in het openbaar, aan kritische analyse wordt onderworpen. Het zal duidelijk zijn dat wanneer de oprechte wil tot sanering aanwezig was, men zich niet zou bepalen tot „gefruitsel in de marge”, waartoe we ook het plan voor een „eigen risico” voor geneesmiddelen moeten rekenen: „pen-ny-wise and pound-foolish” met voorbedachten rade?

Veel controlerende artsen van de ziekenfondsen besteden meer aandacht aan de farmaceutische dan aan de medische voorzieningen, zo zelfs, dat wij in Nederland de merkwaardige situatie belevden dat controlerende artsen van de ziekenfondsen rondreizen om de geneesmiddelen-declaraties van apotheekhoudenden te controleren met het oog op mogelijke fraude. Iedereen kan begrijpen dat hiervoor geen medische kennis is vereist, maar bovendien kan het ontdekken van uiteraard uitzonderlijke gevallen van fraude in deze sector slechts minimale besparingen opleveren. Als men bedenkt dat het percentage van de zogenaamde intramurale zorg (ziekenhuizen, enz.) tegen de 60 van het totale budget beslaat (binnenkort f 18 miljard), dan is te hopen dat men zich meer zal gaan interesseren voor de vraag waarom controlerende artsen (ook van particuliere verzekeringen) niet actiever zijn op het terrein waar medische kennis vereist is, door het maken en toepassen van microsystemen voor de controle op opname en verpleegduur, respectievelijk van specialistische behandeling. Ziekenhuisopnamen voor dezelfde indicatie kunnen belangrijk in duur verschillen. Curettages worden door sommige specialisten poliklinisch gedaan, in andere gevallen blijft de patiënt een nacht in het ziekenhuis, maar er zijn ziekenhuizen waar de patiënt na 24 uur bedrust nog 4 tot 6 dagen wordt vastgehouden, bijvoorbeeld om zogenaamd de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek af te wachten. Er zijn specialisten die patiënten opnemen, respectievelijk onnodig lang laten opnemen voor onderzoek dat geheel of grotendeels poliklinisch kan gebeuren. Als bovendien wordt bedacht dat de totale kosten van geneesmiddelen (exclusief honoraria) per ziekenfondspatiënt, per jaar, ongeveer overeenkomen met de kosten van een halve dag ziekenhuisverblijf, dan rijst de vraag waarom niet al lang ook iets is gedaan aan deze vorm van overconsumptie, die behalve ongerief ook schade voor de patiënt kan betekenen. Kan niet een behoorlijke belangenbehartiging voor de ziekenfondspatiënt worden verlangd, als bekend is dat de ziekenfondsen in 1981 naar schatting ruim f 1,8 miljard zullen uitgeven zogenaamd voor beleid, beheer, administratie, enz. en al sinds 1963 de Stichting Medische Registratie en sinds 1973 het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (L.I.S.Z.) bestaan?

Dat, ondanks de relatief hoge geneesmiddelprijzen hier te lande, het percentage voor geneesmiddelen slechts 4,5 bedraagt van de totale kosten van de gezondheidszorg, maakt het antwoord op de vraag hoeveel op de overige 95,5% kan worden bezuinigd des te interessanter. Te meer daar Nederland, na Zweden en de V.S., het hoogste percentage van zijn bruto nationaal produkt aan de gezondheidszorg besteedt.

De patiënt mag eisen dat eerst ernstige pogingen in het werk worden gesteld om over het gehele terrein van de gezondheidszorg te bezuinigen, voordat men door een „eigen risico” een deel van de kosten op hem afwentelt. De opzet van het „eigen risico” voor geneesmiddelen is bovendien zodanig, dat kostenstijging in het ziekenfondssysteem onvermijdelijk is. Wanneer naast bezuiniging een eigen risico ingesteld gaat worden, waarom dan niet, uiteraard

met de nodige restricties, bij de huisarts? Mede gezien de hoge ziekteverzuimcijfers in ons land lijkt een proef bij de huisarts rationeler. Een poging de huisarts te ontlasten van onnodige consulten zal in diens belang zijn, maar bovendien tot werkelijke besparingen kunnen leiden, die uiteindelijk automatisch ook nog in het geneesmiddelbudget en zelfs buiten het terrein van de gezondheidszorg zullen doorwerken.

*Literatuur:* Redactie (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1579.  
– Vraag 41 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1205.

Amsterdam, november 1981

B. H. RYPKEMA

### *Bevat de Nederlandse sterftestatistiek al aanwijzingen voor de doeltreffendheid van „screening” op cervixcarcinoom?*

De vragensteller van vraag 57 (1981) concludeert terecht uit de door hem bestudeerde tabel van sterftcijfers dat de daling van de sterfte in de gescreende leeftijdscategorie al begon voordat de screening in ons land na 1970 goed op gang kwam en dat deze daling nog steeds gaande is. Natuurlijk is dit *niet* in strijd met wat verwacht kan worden van een screening die slechts bij een deel van de bevolking systematisch geschiedt. Hiermee had volstaan kunnen worden bij de beantwoording van vraag 57. Men had verder kunnen gaan en kunnen constateren dat daling van de sterftcijfers dus *nooit* gebruikt zou kunnen worden als argument voor de doeltreffendheid van screening.

Het eerste stuk van het antwoord lijkt ook in deze richting te gaan als geconstateerd wordt dat pas na 1976 in Nederland op enigszins uitgebreide schaal screening op cervixcarcinoom plaatsvindt en dat men, gezien de lange ontwikkelingstijd van deze vorm van kanker, niet kan verwachten dat nu reeds het effect van deze preventieve maatregel in onze sterftcijfers te zien is. Men kan dan ook slechts met verbazing kennis nemen van het daarop volgende stuk van het antwoord, waarin teruggevallen wordt op een zelfde soort gegevens uit andere gebieden waar reeds langer gescreend wordt.

In het antwoord op vraag 57 staat vermeld dat MILLER e.a. (1976) een sterkere daling van de sterfte aan cervixcarcinoom in die gebieden waarnamen, waar op grotere schaal was gescreend dan in de overige delen van het land. Bij analyse van de mortaliteitsverandering van de periode 1960/62 tot 1970/72 in verhouding tot de screeningsintensiteit in 1966 vonden zij als correlatiecoëfficiënt  $-0,72$ . Een hoge waarde. Op grond van deze resultaten werd geconcludeerd dat screening een significant effect heeft gehad op de sterfte-afname van het uteruscarcinoom in Canada. Dit moge juist zijn. De nadere diagnostiek en therapie die volgen op de screening leiden natuurlijk tot toename van het aantal conisaties en het aantal hysterectomieën. Met de screeningsintensiteit hangt samen „operatie-intensiteit”. Het zal verder duidelijk zijn dat naarmate de hysterectomiefrequentie stijgt, het sterftcijfer ten gevolge van uteruscarcinoom zal moeten dalen. Men zou in dit verband zelfs kunnen gaan denken aan preventieve hysterectomie in plaats van een screeningscampagne.

Als nu tegelijk met de screeningsintensiteit de hysterectomie-intensiteit stijgt om andere redenen dan aangetoonde kwaadaardige groei, moet men zich afvragen welk gedeelte van de reductie van de sterfte aan de screening toe-