

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 „gefrutsel 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-

geschreven moet worden. In Amerika vond in de periode van 1965-1973 een stijging van 60% plaats van het aantal hysterectomieën, terwijl – zelfs als alle kwaadaardige aandoeningen van de uterus (inclusief carcinoma in situ) behandeld waren met hysterectomie – men slechts op 14% zou komen van het totale aantal dat in 1970 verricht werd (LYON en GARDNER 1977). De vraag is dan ook welke prijzen men wil betalen, in de zin van onnodige operaties. Dit ongewenste neveneffect is ook alleen via interventie-onderzoek vast te stellen. Interventie-onderzoek is dus noodzakelijk om de eventuele voor- of nadelen van screening op hun juiste waarde te kunnen schatten. Gezien het ontbreken van interventie-onderzoek is een juiste beoordeling van de zin van screening op baarmoederhalskanker dan ook niet mogelijk.

Literatuur: LYON, J. L. en J. W. GARDNER (1977) *Amer. J. Epidemiol.* 105, 439. – MILLER, A. B., J. LINDSAY en G. B. HILL (1976) *Int. J. Cancer* 17, 602. – STURMANS, F. (1980) *Controversen in de geneeskunde*. Deel I, bl. 161. Bunge, Utrecht. – Vraag 57 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1723.

Nijmegen, november 1981

A. L. M. VERBEEK
F. STURMANS

Ook uit het antwoord op de destijds gestelde vraag blijkt, dat de beoordeling van het nuttige effect van de „screening” op cervixcarcinoom geen eenvoudige zaak is. Dit geldt zeker ook voor Nederland, waar de screening nog slechts gedurende enkele jaren op enigszins uitgebreide schaal plaatsvindt, en waar een landelijke kankerregistratie helaas nog ontbreekt. Gezien deze situatie zal men, als men een indruk wenst te krijgen over het nut van het screeningsonderzoek, zijn toevlucht voorlopig moeten nemen tot de buitenlandse literatuur. Indien deze zich bedient van sterftestatistieken, zal men deze uiteraard kritisch moeten beoordelen. De opvatting „dat daling van de sterftecijfers nooit gebruikt zou kunnen worden als argument voor de doeltreffendheid van screening” gaat onzes inziens te ver.

Peridurale injectie tegen zosterpijn

In het antwoord op vraag 64 (1981) zou ook gesteld kunnen zijn: Hoewel de zeer heftige pijn van sommige patiënten, lijdend aan een acute herpes zoster-infectie, bij verreweg de meesten in korte tijd verdwijnt, wordt telkens weer een beroep op de geneeskundige gedaan om deze pijn te verlichten. Hetzelfde geldt, in nog veel sterkere mate, voor postoperatieve pijn. De vraag van de behandeling van postoperatieve pijn blijft niettemin zeer actueel. Het is een essentiële taak van de geneeskundige om lijden te verzachten. Wetenschappelijk gezien is het juist om te stellen dat het oordeel over de waarde van de behandeling van acute herpes zoster-pijn met peridurale toediening van een depot-corticosteroid op een goed opgezet onderzoek dient te stoelen. Dergelijke onderzoeken worden overigens wel eens halverwege gestaakt als blijkt dat de behandelde groep duidelijk wordt bevoordeeld boven de placebogroep.

De behandeling van acute herpes zoster-pijn met depot-corticosteroiden is niet nieuw. Ik hoorde hiervan voor het eerst in 1975 tijdens een voordracht door dr. M. E. Sluijter, anesthesioloog, voor het Instituut voor Anesthesiologie van de R.K. Universiteit van Nijmegen. Naar onze afdeling werden slechts enkele patiënten met acute herpes zoster zonder bijkomende complicerende factoren verwezen. Bij

deze patiënten gaf een depot-corticosteroidinjectie periduraal of in het ganglion Gasseri (éénmaal) binnen 24 uur een dramatische vermindering van de ernstige klachten. Hoewel ik altijd zeer sceptisch sta tegenover de mogelijke resultaten van allerlei therapeutische methoden bij allerlei pijnsyndromen, meen ik, op grond van (deels eigen) ervaringen, dat een onderzoek naar de behandeling van acute herpes zoster-pijn door middel van toepassing van depot-corticosteroiden zeer is aangewezen, mede omdat deze therapie eenvoudig is en vaak poliklinisch kan geschieden.

Literatuur: Vraag 46 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1892.

Tilburg, november 1981

H. J. TEIJEN

Het door collega Teijen gestelde probleem is van belang. De kern hiervan is dat een behandelingswijze waarvan het gunstige effect niet statistisch is aangetoond zeer wel zo een effect kan hebben. Het noodzakelijke onderzoek kan bijvoorbeeld nog niet zijn verricht, met reeds verricht onderzoek was men misschien niet in staat een effect te detecteren door een te grote variatie van de meetfout. Zo zijn er meer situaties te bedenken. In zo een situatie kan de geneeskundige, die het als zijn essentiële taak ziet lijden te verzachten, naar een methode grijpen waarvan het gunstige effect niet is bewezen. Maar hij dient zich dit zeer goed te realiseren, ook al omdat hij niet alleen verantwoordelijk is voor het eventuele gunstige effect, maar ook voor de eventuele bijwerking. En eveneens dient hij zich te hoeden voor een bewijsvoering op grond van (deels eigen) ervaringen. Nog zij opgemerkt dat de zinsnede betreffende het halverwege staken van onderzoek inderdaad juist is en dat indien het „duidelijke” verschil significant is een dergelijk onderzoek als bewijs kan gelden. Maar betreffende de ter discussie staande behandelwijze is ook zo een halverwege gestaakt onderzoek niet bekend.

Tenslotte moet nog worden gewezen op uiteenlopende wijzen van uitvoering van deze behandeling. De vraagsteller spreekt over patiënten die klinisch worden behandeld door de anesthesist, collega Teijen over een eenvoudige behandeling die vaak poliklinisch kan geschieden. Voor een niet bewezen behandelingswijze lijkt de eerste wijze van uitvoering te duur, de tweede toch te veel risicovermeerderend.

Verkwikken neusdruppels de neus?

In het antwoord op vraag 61 (1981) wordt vermeld dat een concentratie van het conserveermiddel thiomersal van 0,002% overeenkomt met ca. 10 µg kwik/ml en dat „deze waarde overeenkomt met die in het bloed van de gemiddelde gezonde Scandinaviër”. In de daarbij aangehaalde literatuur (EYL 1971) is deze overeenkomstige waarde echter niet te vinden. Er is wel sprake van de hoogste waarde, gevonden bij volwassenen zonder klinische symptomen van kwikintoxicatie. Deze waarde bedroeg in Zweden 650 ppB, of wel 0,65 µg/ml. In hetzelfde artikel wordt 5 ppB, of wel 0,005 µg/ml als normaal gesteld voor de V.S., Canada, Zweden, Finland en Japan.

Een gehalte van 2000 maal zo hoog als deze norm lijkt mij dan niet erg gezond, zelfs niet voor de „gemiddelde gezonde Scandinaviër”. Zeker niet wanneer dat ook 15 maal zo hoog is als de hoogste waarde welke nog geen klinische symptomen teweegbrengt.