

proberen contact van het kind met het virus te voorkomen. Als de kweek vals-negatief uitvalt zou in ons beleid hooguit een sectio „te veel” worden verricht. Als de kweek achterwege wordt gelaten, zou deze sectio toch ook „te veel” zijn gedaan.

*Literatuur:* GUINAN, M.E., J. MACCALMAN, E.B. KERN e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 304, 759. – WHITLEY, R.J., A.J. NAHMAS, A.M. VISINTINE e.a. (1980) *Pediatrics* 66, 489. – YEAGER, A.S., A.M. ARVIN, L.J. URBANI e.a. (1980) *Infect. Immun.* 29, 532.

Leiden, april 1982

C.A.M. JANSEN  
J. BENNEBROEK GRAVENHORST

### *Fracturen van het proximale uiteinde van het femur*

Met belangstelling heb ik de artikelen van collega HOOGENDOORN (1982) en van prof. BIRKENHÄGER en prof. VAN LINGE (1982) gelezen. Ik mis echter een hypothese voor de oorzaak van de toename van fracturen van het proximale uiteinde van het femur waarvan ik vermoed dat deze wel eens een belangrijke zou kunnen zijn. Het is mij opgevallen dat patiënten met een fractuur ten gevolge van een accidentele val vaak veel te zwaar zijn. Dit geldt voor patiënten van alle leeftijden en voor alle soorten fracturen ten gevolge van een accidentele val, en derhalve ook voor de oudere patiënt met een fractuur van het collum femoris. Ik heb hierover nog nooit iets gelezen in de literatuur. Misschien kent iemand hierover wel de statistische gegevens. Ik neem aan dat de toename van het lichaamsgewicht in de laatste decennia wel vaststaat, maar of te zware mensen een groter risico lopen iets te breken moet misschien nog worden uitgezocht.

*Literatuur:* BIRKENHÄGER, J.C. en B. VAN LINGE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 962. – HOOGENDOORN, D. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 963.

Rotterdam, mei 1982

A.B. ROTTIER

De mededeling van collega Rottier is interessant. Helaas zijn ook mij geen gegevens uit de literatuur bekend betreffende een hogere kans op fracturen voor adipeuze personen. Tegenover een grotere massa, die bij de val van een persoon met overgewicht in het geding is, staat een dikkere panniculus adiposus, die als stootkussen kan dienen, zeker bij een val op de heup. Indien de eerste factor meer „gewicht in de schaal” zou leggen dan de laatstgenoemde, rijst vervolgens de vraag of mag worden aangenomen dat het gemiddelde lichaamsgewicht tijdens de periode van onderzoek (1967-1979) is toegenomen. Dit zou dan speciaal moeten gelden voor bevolkingsgroepen van minstens 55-jarige leeftijd, aangezien uitsluitend bij hen het aantal heupfracturen is toegenomen. Gegevens lijken niet beschikbaar te zijn.

Indien gewichtstoename inderdaad een rol zou hebben gespeeld bij meergenoemde stijging, dan zou men verwachten, dat ook andere fracturen in opmars zijn. Ik denk hierbij in de eerste plaats aan de femurschachtfractuur, daar ook hiervan mag worden aangenomen dat zij vrijwel altijd klinisch wordt behandeld. De opnamecijfers van de Stich-

ting Medische Registratie geven echter geen enkele steun aan deze veronderstelling. Vergelijkt men namelijk de opnamecijfers tijdens 1967-1969 met die van 1979, dan is bij deze fractuur een lichte daling waarneembaar.

Wijhe, mei 1982

D. HOOGENDOORN

### *Enkele gedachten over het besparen op geneesmiddelenkosten*

Mede naar aanleiding van de overigens uitstekende bijdrage van collega OFFERHAUS (1982) zou ik de kwestie „dure” of „goedkope” artsen toch gaarne willen zien als een enkel facet in een complex probleem. In dit complex zitten duidelijk meetbare factoren (de geneesmiddelenkosten, ziekenhuiskosten, sociale kosten en vele andere) en niet of nauwelijks meetbare factoren (gezinsvoorziening, welzijn, welbevinden e.d.).

De bedoeling van de medische verzorging is o.a. de patiënt zo efficiënt mogelijk te genezen en te zorgen, voor zover mogelijk, voor het welbevinden en het welzijn van de cliënt. Uiteraard is het redelijk, dat dit zo economisch mogelijk geschiedt. Mijn bezwaar tegen het zeer eenzijdig en ongenueanceerd gerichte belichten van de besparing op de geneesmiddelenkosten is dat daardoor duidelijk onrecht aan „dure” en (of) „goedkope” artsen kan worden gedaan.

Offerhaus stelt: „Het enige verschil was dat „dure” artsen méér per recept voorschreven dan de „goedkope”, in de hoop dat hun patiënten langer weg zouden blijven.” Destijds heeft een ziekenfonds uitgezocht hoe het zat bij „dure” artsen. Het bleek o.a. dat één huisarts een onevenredige toeloop had van mensen, die destijds Indonesië moesten verlaten. Een andere huisarts had een onevenredig aantal bejaarden in zijn praktijk. Deze collegae wordt mijns inziens onrecht aangedaan door ongenueanceerd te stellen, dat „dure” artsen hopen, dat daardoor patiënten langer weg zouden blijven.

—Ander voorbeeld. Een jonge vrouw met 3 kleine kinderen krijgt toenemende malaiseklachten. De huisarts komt er niet uit en vraagt hulp aan een internist, die bij het ziekenfonds bekend staat als opvallend „goedkoop”, o.a. doordat hij, veelal terecht, weinig onderzoek aanvraagt of laat verrichten. Patiënte komt na enige tijd in redelijke toestand thuis. De ontslagbrief vermeldde o.a.: „Vermoedelijk intercurrente bacteriële of virusaandoening geweest, die vanzelf is genezen. Bovendien een hartklepgebrek.” Thuis ging patiënte echter weer vrij snel achteruit, waarop heropname volgde. Zij bleek toen een niet meer te behandelen endocarditis lenta te hebben en overleed. Een „dure” internist zou misschien meer onderzoek naar de oorzaak hebben verricht en mogelijk tijdig de juiste diagnose hebben gesteld. De ontstellend nare conclusie hieruit is dat een dode patiënt apert goedkoper is voor ziekenfonds of ziektekostenverzekeraar dan een zieke, langdurig zieke of een chronisch met een lichamelijke afwijking onder behandeling zijnde patiënt. Het achterblijvende gezin, man met 3 kleine kinderen, kwam door de vrij plotselinge dood van de vrouw in grote problemen. Min of meer meetbare getallen voor de kosten van o.a. gezinsopvang, arbeidsverzuim van de werkende vader, gezinshulp, hulp van familie en kennissen vloeiden daaruit voort. Niet meetbaar zijn het welzijn en welbevinden van het gezin en bij ziekenfondspatiënten de huisartsenhulp.