

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 pannuculus 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.

Met bovenstaande stel ik slechts, dat het apert onjuist kan zijn de behandelende sector, met voorbijzien van een complex van andere reeds genoemde factoren, alleen op de ziektekosten te be- of veroordelen. Het zou best kunnen zijn, dat „goedkope” artsen helemaal niet zo „goedkoop” zijn. Mogelijk is het Nederlandse gezegde ook hier nog van kracht: „Goedkoop is duurkoop”.

Literatuur: OFFERHAUS, L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 824.

Brielle, mei 1982

J.P.M. TROUW

Het heeft nooit in mijn bedoeling gelegen om enig ander aspect van de kosten van de eerste-lijnsgezondheidszorg in mijn betoog te betrekken dan de geneesmiddelenkosten. De gewraakte passage berust op een citaat uit de publikatie van WADE en McDEVITT (1966) en was uitsluitend bedoeld als illustratie bij gebrek aan vergelijkbare Nederlandse gegevens. Overigens is het minder juist om een verband te leggen tussen een zuiniger voorschrijfbeleid en daling van de kwaliteit van de geneeskundige zorg, zoals in het door college Trouw vermelde trieste voorbeeld wordt gesuggereerd. Meestal is het tegendeel het geval. Een hogere

gemiddelde leeftijdsverdeling van de patiënten in een praktijk voert inderdaad tot verhoging van de geneesmiddelenkosten. Toch is de nog zeer verbreide, en onnodig kostbare, polyfarmacie bij bejaarden voor ingrijpende saneringsmaatregelen vatbaar (FREEMAN 1979; THOMAS 1979), en het is dan ook de ervaring van vele Nederlandse verpleegtehuisartsen, dat vele ouden van dagen zienderogen opknappen als hun geneesmiddelenpakket tot het strikt noodzakelijke wordt beperkt. Ook het bestrijden van het euvel van het herhalingsrecept zonder passende medische controle kan een belangrijke bijdrage leveren bij het beperken van de kosten en een verbeteren van de geneeskundige zorg (DAJDA 1980).

Literatuur: DAJDA, R. (1980) In: R. MAPES, *Prescribing practice and drug usage*. Croom Helm, Londen. – FREEMAN, G.K. (1978) In: J. R. CROOKS en I.H. STEVENSON, *Drugs and the elderly – Perspectives in geriatric clinical pharmacology*. Pitman, Londen. – THOMAS, D.L. (1979) In: D.M. PETERSON e.a., *Drugs and the elderly – Social and pharmacological issues*. Thomas, Springfield. – WADE, O.L. en D.G. McDEVITT (1966) *Brit. med. J.* II, 635.

Amsterdam, mei 1982

L. OFFERHAUS

BERICHTEN

Buitenland

CHINA

Qinghaosu: een nieuw middel tegen malaria. – Bij behandeling en profylaxe van malaria kampt men met het ontstaan van resistentie van de malariaparasiet tegen een aantal geneesmiddelen; elk nieuw middel trekt daarom allerwege aandacht. Zo ook het in China ontwikkelde Qinghaosu, een extract uit de in zuidelijke streken thuishorende qinghao, de eenjarige alsem (*Artemisia annua*). In Chinese geschriften uit 168 v. C. werd deze composiet reeds genoemd als geneesmiddel tegen koorts. De plant is in Nederland zeldzaam. De WHO heeft in oktober 1981 in Peking een speciale bijeenkomst gewijd aan de ontwikkeling van Qinghaosu en de van de werkzame stof daaruit afgeleide derivaten, artemether en artesunaat. De werkzaamheid tegen *Plasmodium berghei* bij knaagdieren en tegen *P. cynomolgi* bij apen werd vastgesteld. In Zuid-China werd het ook aan patiënten gegeven. Bij hersenmalaria die resistent was tegen chloroquine zou de werkzaamheid beter zijn dan die van kinine. Ondanks zeer uitvoerige onderzoeken door Chinese chemici, farmacologen, toxicologen en artsen kent men de giftigheid en teratogene eigenschappen van de middelen nog onvoldoende. Voor verder onderzoek zullen de Chinese instituten samenwerken met WHO special programme for research and training in tropical diseases. (L.J. BRUCE-CHWATT (1982) *Brit. med. J.* 284, 767.)

DENEMARKEN

Kaposi-sarcoom bij homoseksuele mannen een nieuwe ziekte? – Toen in 1981 in de Verenigde Staten een sterke toename van het aantal, voornamelijk jonge homoseksuele, mannen met het sarcoom van Kaposi werd vastgesteld, was de ziekte ook in Kopenhagen bij 2 van dergelijke patiënten gevonden. Men vermoedt dat het ontstaan van de ziekte wordt gunstig door gestoorde immuniteit, die bij homo-

seksuelen het gevolg zou zijn van herhaalde infectie door geslachtsverkeer. Het meest bevreemdende element is het plotselinge epidemische karakter van de aandoening, terwijl geen bijzondere wijzigingen in het gedrag van de patiënten zijn aangetoond. Het gebruik van amylnitriet ter verhoging van seksuele prikkeling is geopperd als oorzaak, maar hierdoor wordt het plotselinge voorkomen van de ziekte niet verklaard. Møller Jensen van de Deense Kankerregistratie en medewerkers van andere instellingen hebben nagegaan of in het verleden de ziekte misschien niet herkend is (*Lancet* (1982) I, 1027). Van 1129 mannen van 15-44 jaar die in de periode 1962-1977 overleden aan sarcoom of maligne lymfoom bleken slechts 8 ook aan syfilis te hebben geleden. (Dit was bekend omdat alle lues-gevallen in Denemarken centraal worden geregistreerd.) Van deze 8 gevallen werden de histologische coupes van de tumor opnieuw onderzocht; geen gelek op die van de Kaposi-tumor van de 2 Kopenhaagse patiënten. Men stelde als diagnose: 4 maal M. Hodgkin, 1 maal non-Hodgkin-lymfoom, 2 maal weke-delen-sarcoom en 1 maal anaplastische maligne tumor, waarschijnlijk carcinoom. Van de 2 Kopenhaagse patiënten is één overleden aan een longinfectie door *Pneumocystis carinii*. De andere patiënt bleef in leven gedurende 15 maanden observatietijd na een behandeling wegens een complicerende amoebiasis, zonder verdere behandeling van het sarcoom. De schrijvers vragen zich af of chemotherapie bij deze ziekte niet opnieuw moet worden overwogen. Zij concluderen uit hun onderzoek dat het sarcoom van Kaposi bij jonge homoseksuele mannen een nieuwe ziekte-eenheid is.

VERENIGDE STATEN

Verwijdering van kogels met explosieve lading. – Bij de aanslag op president Reagan in april 1981 werden kogels met een explosieve lading gebruikt. Door de fragmentatie hebben ze een grotere stopping-power, ze richten grotere