

mogelijk financiële steun te verlenen aan a.s. artsen die participeren in een onderzoek. De aanvraag dient te geschieden door degene die de primaire verantwoordelijkheid draagt voor het onderzoek.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en methode van het onderzoek en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

Prof. dr. A. Huson, secretaris  
Anatomisch-Embryologisch Laboratorium  
Wassenaarseweg 62  
2333 AL Leiden

### *Prof. dr. Jaap Swierenga Prijs 1983*

Het bestuur van de Prof. dr. Jaap Swierenga Stichting is voornemens jaarlijks een prijs uit te reiken aan een jonge academicus die zich heeft onderscheiden door onderzoek op het gebied van de diagnostiek, pathogenese of therapie van longziekten. In aanmerking komt klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of experimenteel onderzoek dat bijdraagt tot het inzicht in of de behandeling van longziekten in de breedste betekenis. Een jury, samengesteld uit personen afkomstig van verschillende disciplines, zal de inzendingen

beoordelen en advies uitbrengen aan het bestuur van de Stichting. De prijs 1983 zal bestaan uit een oorkonde en een bedrag van f 3.000,-.

Kandidaten kunnen zich schriftelijk richten tot de secretaris van het bestuur van de Stichting, dr. C.D. Laros, Sint Antonius Ziekenhuis, Postbus 16350, 3500 CJ Utrecht. Het verzoek dient vergezeld te gaan van overdrukken van publikaties, proefschrift enz. Het bekroonde werkstuk dient in een of andere vorm in een Nederlandstalig tijdschrift te worden, dan wel te zijn, gepubliceerd.

### *Subsidie van de Nederlandse Hartstichting*

De Nederlandse Hartstichting stelt voor 1984 een beperkt aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie. Aanvragen dienen uiterlijk 31 mei 1983 in het bezit te zijn van de Hartstichting. Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR 's-Gravenhage.

Degenen die voor 1984 een vervolgaanvraag willen indienen t.b.v. een reeds met subsidie van de Hartstichting lopend project, wordt eveneens aangeraden dit te doen uiterlijk 31 mei 1983. Alleen dan kan bericht over toekenning c.q. afwijzing voor eind 1983 worden verwacht.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek?*

In een commentaar in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde beschrijft Steffelaar de sterftestatistiek als een van de beleidsbepalende factoren in de gezondheidszorg. Hij pleit onder meer voor een zorgvuldige, meer uitgebreide registratie bij overleden patiënten.<sup>1</sup>

In Hoorn vullen sedert 1979 aanvankelijk 7 en later 8 huisartsen een uitgebreid formulier in van alle overleden patiënten in hun praktijk.<sup>2</sup> Ook indien patiënten overlijden in het ziekenhuis of in het verpleegtehuis wordt een dergelijk formulier ingevuld. Het voornaamste doel is deze gegevens te gebruiken voor kwaliteitsbewaking en -verbetering van het handelen van de deelnemende huisartsen. Zijdelings hebben wij daarbij de problemen ontmoet die Steffelaar beschrijft.

Wij rangschikken de ziektegeschiedenissen in ons halfjaarlijkse overzicht volgens het systeem dat ook het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt, nl. de indeling van sterfte naar doodsoorzaak en leeftijd, volgens de internationale statistische classificatie van ziekten, verwondingen en doodsoorzaken in 17 hoofdstukken. De laatste pagina van ons formulier is een letterlijke kopie van het B-formulier. Als doodsoorzaak wordt meestal die enkelvoudige ziekte of conditie aangegeven, waarvan wordt aangenomen dat het de gebeurtenissen in gang heeft gezet, die tot

de dood hebben geleid. Vergelijking van de gegevens uit onze uitgebreide verslaggeving met de B-formulieren leert dat veel informatie over chronische ziekten zoals astma, artritis, alcoholisme, diabetes mellitus, bronchitis, die op zichzelf niet dodelijk zijn maar in combinatie met andere ziekten het doodsrisico verhogen, verloren gaat bij de huidige officiële registratievorm. Hetzelfde geldt voor complicaties van ernstige ziekten, terwijl omstandigheden als ondervoeding, vetzucht en persoonlijkheidstrekken worden genegeerd. Recente publikaties melden dit ook.<sup>3 4</sup>

In de jaren 1979 tot en met 1981 hebben wij 416 ziektegeschiedenissen geregistreerd. Bij 117 hiervan was een maligne aandoening de meest waarschijnlijke doodsoorzaak. Uit de overige ziektegeschiedenissen blijkt dat bij 21 andere overleden patiënten een maligne aandoening eveneens een belangrijke rol had gespeeld. Deze gegevens gaan verloren indien alleen de internationale classificatie van ziekte, verwondingen en doodsoorzaken wordt gehanteerd. Het door Steffelaar beschreven probleem bij het registreren van acute dood kwam ook bij ons project naar voren, zoals blijkt uit de getallen voor 2 groepen van de internationale classificatie, namelijk groep VII (overleden t.g.v. ziekten van de bloedsomlooporganen) en groep XVI (symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden). Indien wij afgaan op de informatie van de huisarts via het gele B-formulier, dan ontstaat de volgende onderverdeling:

	< 1 jaar	1-14 jaar	15-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
VII			2	20	50	95
XVI	2			3	9	22

In ons eigen halfjaarlijkse overzicht wordt acute dood onder VII, ziekte van de de bloedsomlooporganen, gerubriceerd als de patiënt tot een week voor overlijden klachten had die op een hartziekte wezen. Hierbij wordt afgegaan op informatie, verstrekt door de eigen huisarts of specialist. Deze indeling is arbitrair, maar de gedachtengang „acute dood is acuut myocardinfaarct” wordt hiermee doorbroken. Aldus komen wij tot de volgende verdeling tussen de groep VII en XVI:

	< 1 jaar	1-14 jaar	15-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
VII			2	11	33	76
XVI	2			12	26	41

Deze verschuiving van VII naar XVI betreft allemaal patiënten die buiten het ziekenhuis overleden. Tussen de deelnemers aan het onderzoek bestond hierover echter geen overeenstemming, zoals ook voor soortgelijk onderzoek in het buitenland is beschreven.<sup>5 6</sup> Er bleven verschillen van mening bestaan over de juistheid van de doodsoorzaken en de daaruit volgende onderverdeling, tussen de eigen huisarts en de samensteller van het halfjaarlijkse rapport. Daarom krijgt de huisarts gelegenheid de codering in het rapport van zijn eigen patiënten te wijzigen. Voeren wij deze wijzigingen door dan ontstaat de volgende onderverdeling:

	< 1 jaar	1-14 jaar	15-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
VII			2	14	39	82
XVI	2			9	20	35

Gezien deze ervaringen ondersteunen wij graag de adviezen van O'Gorman aangehaald door Steffelaar. Blijft de vraag wat de status is van de sterftestatistiek in de huidige of de gewenste vorm voor de gezondheidszorg in ons land.

#### LITERATUUR

- Steffelaar JW. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 112-5.
- Schadé E. Het bestuderen van de doodsoorzaak bij patiënten in de huisartspraktijk; de opzet voor een toetsing. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1414-7.
- Chamblee RF, Evans, Marshall C. New dimensions in cause of death statistics. Am J Public Health 1982; 72: 1265-70.
- Goodman RA, Manton KG, Nolan TF, Bregman DJ, Hinman AR. Mortality data analysis using a multiple cause approach. JAMA 1982; 247: 793-6.
- Glasse JU. The quality and utility of death certificate data. Am J Public Health 1981; 71: 231-3.
- Gau DW, Diehl AU. Disagreement among general practitioners regarding cause of death. Br Med J 1982; 284: 239-41.

Hoorn, februari 1983

E. SCHADÉ

Graag dank ik collega Schadé voor de wijze waarop hij met zijn collegae uit Hoorn een grove schatting mijnerzijds

betreffende de overrapportage van „acute hartdood” getalmatig heeft onderbouwd. Neemt men alle leeftijdsgroepen te zamen, dan blijkt een overrapportage van ongeveer 22% aan hart-vaatziekten te bestaan in dit onderzoek en verdubbelt bijna het aantal patiënten met onbekende doodsoorzaak, dat daarmee ongeveer 16% van de beschouwde patiënten vertegenwoordigt. Bijzondere aandacht verdient daarbij, dat verhoudingsgewijs de grootste verschuiving „ten nadele” van hartdood plaatsvond in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar, de geringste in de groep van 75 jaar en ouder, maar ook dan blijkt „onbekend” ruim 1½ maal zo vaak voor te komen als aan het CBS werd gerapporteerd. Dit is verrassend, omdat veelal wordt verondersteld dat de diagnostische accuratesse afneemt, naarmate het oudere patiënten betreft.

Belangrijker dan steun voor een van mijn veronderstellingen is dat het werk van Schadé et al. aantoonde dat in de praktijk wel degelijk een kritische evaluatie van de informatie t.b.v. de sterftestatistiek mogelijk is, mits de artsen het belang hiervan onderkennen. Naar mijn mening zijn zij dit ook tegenover de samenleving verplicht: een goede afweging van prioriteiten (veelal politieke keuzen) kan alleen plaatsvinden op basis van zo nauwkeurig mogelijke gegevens. Graag verwijs ik hier naar Altman: „Misuse of statistics is unethical” en citeer ik uit „Collecting and screening data” van dezelfde auteur: „The issues of data screening discussed in this article generally receive scant attention. Yet they concern strategic decisions that can have major implications for the ensuing results . . .”.<sup>1</sup> Is het toeval, dat hij daarna verwijst naar een onderzoek, en de kritiek daarop, betreffende acuut overlijden na hartinfarct?<sup>2 3</sup>

Voorts melden Schadé et al. dat 21 patiënten met kanker niet als zodanig aan het CBS werden gerapporteerd. Indien dit wel zou zijn gebeurd, dan zouden zij in de statistiek zijn beschouwd als overleden aan kanker.<sup>4</sup> Hieruit volgt een onderrapportage van kankersterfte in dit onderzoek ter grootte van ongeveer 15% (21/138). Het is in dit verband van belang te wijzen op de beleidsnota van het KWF, waarin als belangrijkste prioriteit wordt genoemd onderzoek naar die vormen van kanker die het meest bijdragen aan de sterfte.<sup>5</sup> Dit zou dan moeten zijn kanker van de longen, maag of colon. Dezelfde beleidsnota geeft een overzicht van de verdeling van het budget over de aandachtsgebieden van het KWF. Dit blijkt geenszins in overeenstemming te zijn met de gestelde prioriteiten, terwijl volgens deze nota de resultaten van enkele kostbare aandachtsgebieden niet aan de verwachtingen hebben voldaan. Moeten de prioriteiten anders worden geformuleerd of moet het budget anders worden verdeeld? Deze laatste vraag geldt zeker niet alleen het KWF. Het advies van de Gezondheidsraad om een wetenschappelijk onderzoek te doen naar de waarde van bevolkingsonderzoek op longkanker werd door de politiek terzijde gelegd.

#### LITERATUUR

- Altman DG. Misuse of statistics is unethical, en: Collecting and screening data. In: Gore ShM, Altman DG. Statistics in practice. Brit. Med. Ass., London, 1982: 1 en 11.
- The Anturane Reinfarction Trial Research Group. Sulfin pyrazone in the prevention of sudden death after myocardial infarction. N Engl J Med 1980; 302: 250-6.
- Kolata GB. FDA says no to Anturane. Science 1980; 208: 1130-2.
- Centraal Bureau voor de Statistiek en Stichting Medische Registratie. Kanker, morbiditeit en mortaliteit 1975/1976. 1979: 10.
- Stichting Koningin Wilhelmina Fonds. Beleidsnota 1981-1985.

Zwolle, februari 1983

J.W. STEFFELAAR