

nuttig kan zijn en de kosten gerechtvaardigd zijn, als een onnodige operatie of een pathologische fractuur kan worden voorkomen. Als men weet hoe groot de kans op een dergelijke belangrijke vondst is, zal men zich daardoor ongetwijfeld laten leiden bij de indicatiestelling. Het is zeker de moeite waard verder uit te zoeken hoe groot de kans op asymptomatische botmetastasen is bij een aantal maligne aandoeningen in verschillende stadia. We kunnen niet ieder onderzoek dat wel eens onverwacht positief uitvalt toepassen, zonder rekening te houden met de kosten en het ongemak voor de patiënt.

LITERATUUR

- ¹ Schütte HE. The influence of bone pain on the results of bone scans. *Cancer* 1979; 44: 2039.
- ² Schütte HE. Bone scintigraphy in malignant disease. In: *Bone scintigraphy*. Leiden: University Press, 1981. (Boerhaave series, vol. 20).
- ³ Heslinga JM, Pauwels EKJ, Zwaveling A. Botscentigrafie als routine onderzoek bij patiënten met mamma-carcinoom; een kritische beschouwing. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1036.

Leiden, mei 1983

A.E. VAN VOORTHUISEN

Met aandacht las ik de bijdragen van prof. Van Voorthuisen.¹ De auteur heeft de botscentigrafie als mikpunt genomen, dacht ik, van de dure geneeskunde, doch meldt dit enkel gans kort in zijn besluit, waar hij toch even een sluiert oplicht van de talloze overbodige onderzoeken.

In die zin betreur ik dat enkel de botscentigrafie op de korrel wordt genomen. Hij zou eens een grondige studie moeten maken of ten minste een nazicht doen van de enorme hoeveelheid biochemie die wordt uitgevoerd, evenals van de vermelde „doelloze” radiologische e.a. onderzoeken, die toch ook niet zo goedkoop zijn. Over de botscentigrafieën zij toch vermeld dat indien ze overbodig zijn bij de meeste vroegtijdige carcinomen, ze toch nog te weinig worden aangevraagd bij patiënten met „longstanding” pijnen, vooral bij patiënten met carcinoma-anamnese.

Mag men het niet dramatisch vinden dat een patiënte, met relatief kleine tumor van de mamma, een mastectomie onderging en dat hoewel zij zeer geringe rugklachten had, de botscentigrafie nadien wijst op verschillende skeletmetastasen? Wat met die patiënte die in 't verleden klachtenvrij met een tumor werd verwezen en bij wie de gewraakte routine-botscentigrafie ook metastasen vertoont? Wat wel mag gesteld, is dat routineherhaling in de follow-up om de drie à zes maanden van deze skeletscintigrafie inderdaad uit den boze is. Waar liggen inderdaad de grenzen van de kosten-batenverhouding van elk technisch onderzoek?

Logischerwijze kan elk technisch onderzoek over dezelfde kam worden geschoren. De opleiding in onze hogescholen zou er juist moeten in bestaan deze oordeelkundig – na een klinisch onderzoek – aan te vragen in functie van de diagnostische noodzaak.

LITERATUUR

- ¹ Voorthuisen AE van. Botscentigrafie, een dure geschiedenis! *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 470-1.

Duffel (België), maart 1983

J.M. DEBOIS

In het redactionele commentaar heb ik mij voornamelijk beziggehouden met de botscentigrafie bij mammacarcinoom, omdat daar thans van bekend is hoe groot de kans is op een positieve bevinding bij bepaalde categorieën patiën-

ten. De vertaling van een dergelijk percentage naar begrippen als zinnig of doelloos lijkt erg moeilijk, omdat daar een beslissing tussen zit over het probleem hoeveel kosten men mag maken om een bepaalde diagnose te stellen. De geachte inzender illustreert dit zelf met enkele interessante exemplarische ziektegeschiedenissen.

Uit de recente literatuur blijkt dat botscentigrafie een grote kans op een positief resultaat heeft indien een patiënt met een carcinoom over botpijn klaagt; bij de eerstgenoemde patiënte zou het volledig verantwoord zijn een scintigram te vervaardigen wegens de rugklachten. Bij de tweede ziektegeschiedenis komen wij in de problemen, die ik ook in mijn commentaar schetste. Het gaat hier om een patiënte met een mammacarcinoom, die geen botklachten had en bij wie desondanks een botscentigrafie een positieve uitslag opleverde. Moeten we ons door een dergelijke observatie nu wel laten leiden? In het Leidse patiëntenmateriaal werden slechts bij vier van de 136 patiënten met een „operabel” mammacarcinoom pre-operatief skeletmetastasen gevonden. Deze vier patiënten hadden allen botpijn en een verhoogde alkalische fosfatase. Als de kans op een asymptomatische botmetastase zo klein is kan de routine-preoperatieve skeletscintigrafie bij een mammacarcinoom toch niet worden uitgedijd? Indien men zich bij zijn indicatiestelling door uitzonderlijke observaties laat leiden, wordt er veel overbodig onderzoek uitgevoerd.

Leiden, april 1983

A.E. VAN VOORTHUISEN

Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek?

In het commentaar van Steffelaar worden randvoorwaarden geschetst en aanbevelingen gedaan om tot een verbetering van de gezondheidsstatistiek te komen.¹ Een aantal hiervan werd bij de GMD reeds enkele jaren geleden beproefd en ingevoerd. Mogelijk bestaat er ook buiten de kring van de sociale verzekeringen belangstelling voor deze bevindingen.

De aanleiding was, dat binnen de context van onze kwaliteitsbevordering het vermoeden bestond dat de kwaliteit van de toegekende codes te wensen overliet, onder meer door de hoge werkdruk van de artsen. Dit leidde tot een actieplan om te onderzoeken of het coderen volgens het ICD-systeem niet beter door speciaal opgeleide administratieve krachten kon worden uitgevoerd. Aan deze delegatie werd de randvoorwaarde verbonden dat de kwaliteitswinst door een dubbelblind onderzoek zou moeten worden aangetoond. Bij de afsluitende steekproef, na implementatie van het actieplan, bleek aan de gestelde norm ruim te zijn voldaan; het fouten-percentage bleek op 3-cijferniveau tot 5,8% te zijn gezakt.² Op grond van deze proef werd besloten dat voortaan administratieve medewerkers een speciaal op de GMD toegespitste toepassing van de ICD zouden gaan hanteren i.p.v. artsen. De in-service-opleiding hiervoor van 24 dagdelen is thans door ca. 70% van alle betrokkenen gevolgd.

Nadat de proef een positief resultaat had opgeleverd werden enkele strategieën ontwikkeld om deze kwaliteit onder normale werkverhoudingen te handhaven of zelfs te verbeteren. Door steekproefonderzoeken te combineren met interviews van codeurs en management kon een aantal in de dagelijkse praktijk voorkomende codeerfouten worden opgespoord en geredresseerd. Deze fouten kunnen in 3 categorieën worden ingedeeld: (a) codeer-technische fouten, (b) het pogen om kwalitatief slechte diagnoses te coderen, (c) medische interpretatiefouten. Wij constateer-