

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 sluijer 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-

den dat een overmaat aan codeer-technische fouten meestal wijst op ongunstige werkomstandigheden (omgevingslawaai, „crowding”), soms ook op een weinig actief management of een gebrek aan motivatie bij betrokkene. Interpretatiefouten (ad c) wijzen op een tekort aan kennis. Dit is belangrijke feed-back voor de opleiders. Deze foutenoorzaak dient door bijstelling van de cursus en door nascholing te worden geredresseerd. De hoofdbron van de fouten is thans in de groep (b) gelegen, zoals ook door Steffelaar in een andere context werd geconstateerd. Door een verhoging van de kritische zin bij de betrokkenen en ook door een verbetering van de samenwerking hopen wij deze foutenbron in de toekomst te elimineren.

Behalve het verworven inzicht in de kwaliteitbeïnvloedende factoren kan een representatief steekproefonderzoek ook gebruikt worden om de betekenis van de diagnosestatistieken aan te scherpen. Indien immers de aselechte steekproef voldoende groot is en beoordeeld wordt door een code-expert, kunnen correctiefactoren worden berekend op hoofd- of subgroepniveau. Zo bleek in ons materiaal een systematische onderschatting van de ICD-hoofdgroep VII en een systematische overschatting van hoofdgroep I. Bovendien kon 20% van de codes in hoofdgroep XVI alsnog aan andere hoofdgroepen worden toegewezen.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden dat kwaliteitbevordering van codes een actief proces is. Het beheer vraagt een goede analyse van de gegevens en daar waar nodig gerichte interventies.

LITERATUUR

¹ Steffelaar JW. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 112-5.

² Kok AWM, Koten JW. ICD-8 coding by doctors and special trained medical clerks – a comparison. In: Velthoven JJ, red. Pre-papers of the 8th International congress of health records. 's-Gravenhage: Nederlands Congres Centrum, 1980; vol. 1.

Amsterdam, april 1983

A.W.M. KOK
L.W. KOTEN

Een spugende pasgeborene

Aan het eind van het artikel van A. Vos wordt een samenvatting gegeven naar aanleiding waarvan hieronder enkele opmerkingen.¹ Onder een pasgeborene wordt verstaan een kind in de eerste levensmaand. De definitie van een pasgeborene kan men natuurlijk ook stellen op een termijn van enkele dagen direct post partum, echter in de literatuur wordt deze op 1 maand gesteld. Wanneer men deze definitie aanhoudt, dan is punt 3 „Geef een spugende pasgeborene geen röntgencontrastmiddel per os” niet aanemelijk. Door deze uitspraak brengt men toch wat verwarring bij de kinderartsen en de radiologen teweeg.

De spugende pasgeborene op zich zelf is een indicatie voor een röntgenonderzoek met een contrastmiddel, tenzij er op de liggende c.q. hangende buikoverzichtsfoto een aanwijzing is voor een darmobstructie. Indien men bij een obstructie geen „typische” beelden ziet, waarbij dus de obstructie gelokaliseerd kan worden, is een coloninloop geïndiceerd. Zowel oraal als anaal wordt het gebruik van Gastrografin afgeraden. De enige uitzondering hierop is anaal gebruik bij verdenking op een meconiumileus. Zelfs in dit laatste geval is waarschijnlijk een ander isotoon contrastmiddel te prefereren. Ook lucht is een röntgencontrastmiddel en men kan eventueel, indien er te weinig lucht bij het kind aanwezig is, lucht toevoegen om een dubbel bubble aan te tonen. Ook in dit opzicht gaat de gestelde uitspraak niet op.

LITERATUUR

¹ Vos A. Een spugende pasgeborene. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 449-50.

Utrecht, maart 1983

P.P.G. KRAMER

Onder een spugende pasgeborene wordt door mij een kind verstaan dat vanaf de geboorte braakt en de normale voeding niet verdraagt. Dat bij een spugende pasgeborene, bij wie op de hangende buikoverzichtsfoto geen darmobstructie te zien is, een indicatie zou bestaan voor het röntgenonderzoek met een contrastmiddel, wil ik krachtig bestrijden. Allereerst dient namelijk een aantal niet chirurgische oorzaken van braken te worden uitgesloten, zoals maternale geneesmiddelen of druggebruik, afwijkingen van het centrale zenuwstelsel, bijnierhyperplasie en sepsis. Om er maar enkele te noemen. De bezwaren tegen gastrografine zijn vooral terug te voeren op de minder fraaie afbeeldingen die men krijgt, het voordeel is juist dat het vaak een therapeutisch effect heeft. Herstel van de passage weegt naar mijn mening vaak zwaarder dan een mooi plaatje. Het gebruik van lucht als contrastmiddel tenslotte wordt zoals nauwkeurige lezing van de klinische les u duidelijk zal maken door mij van harte aanbevolen.

Amsterdam, april 1983

A. Vos

Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig

Met overwegend grote instemming las ik het artikel, waarin gepleit wordt meer medici bij de klinische geneeskunde te betrekken.¹ Het is ook mijn indruk dat door gebrek aan tijd bij de artsen vele diagnostische verrichtingen worden uitgevoerd om zo zeker mogelijk te zijn niets over het hoofd te hebben gezien. Er zijn helaas maar weinig patiënten die hier bezwaar tegen maken, omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van het nut of de noodzaak van deze onderzoeken.

Een duidelijk bezwaar heb ik tegen één aspect van het artikel en wel de suggestie om verpleegkundigen meer te betrekken bij diagnostische verrichtingen. De schrijver lijkt mij er toch voldoende van op de hoogte te zijn, dat de druk op de verpleging juist door die medisch-technische ontwikkelingen steeds groter is geworden. Hierdoor is de hoofdopdracht van de verpleging: de ondersteuning van de zelfzorg van de patiënt, in de breedste zin van het woord, naar de achtergrond geschoven. Enig uitzicht op een genuanceerdere menskrachtvoorziening t.b.v. de verpleging lijkt me voorlopig een schone wens, daarom: laat de verpleegkundige verplegen en de medici onderzoeken en behandelen.

Verpleegkundigen kunnen natuurlijk veel leren buiten hun eigen vakgebied; daar zijn vele voorbeelden van in en buiten Nederland. Voor ons land wil ik er echter sterk voor pleiten dat iedere schoenmaker zich zoveel mogelijk bij zijn eigen leest houdt; dan alleen kan de multidisciplinaire gezondheidszorg deskundig en dat is dus ook humaan, de gestelde vragen bevredigend beantwoorden.

LITERATUUR

¹ Meer J van der. Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 304-5.

Leidschendam, april 1983

J.J. VON NORDHEIM