

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