

Subsidies Trombosestichting Nederland

Eind 1974 is door de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten in samenwerking met de Coördinatiegroep Thrombose en Haemostase Onderzoek in Nederland (THON) de Trombosestichting Nederland opgericht. Het doel van de stichting is het bevorderen van medisch-wetenschappelijk onderzoek op het gebied van trombose. Het bestuur wordt in wetenschappelijk opzicht bijgestaan door een raad van advies.

In 1984 zal de Trombosestichting Nederland beperkt subsidies beschikbaar stellen voor wetenschappelijk onder-

zoek. De vraagstelling van het onderzoek dient betrekking te hebben op één of meer problemen met betrekking tot oorzaken, preventie en bestrijding van trombose. Ook wanneer de doelstelling het gebied van de hemostase betreft kan een dergelijke aanvraag voor subsidie in aanmerking komen. Aanvragen die éénmaal per jaar in behandeling worden genomen, dienen te geschieden vóór 1 juni 1984.

Aanvraagformulieren, algemene richtlijnen en voorwaarden voor subsidieverlening verstrekt het Bureau van de Trombosestichting Nederland, Sportlaan 600, 2566 MJ Den Haag; tel. 070-636557.

M.P.M. BUIS-SCHOLTES

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)

Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland en andere landen van de EEG

In dit tijdschrift werd wederom geattendeerd op de noodzaak van toetsing van de sterfstatistiek in een oorspronkelijk stuk en in een commentaar.^{1,2} De onderzoeksoepzet in het oorspronkelijke stuk komt overeen met die van Gau en Diehl (een referentie die ik miste), zij het nu met meer accent op coderingsproblematiek.³ Zoals door de auteurs reeds aangeduid, kunnen uit een dergelijk onderzoek geen verstrekkende conclusies over de (betrouwbaarheid van de) Nederlandse sterfstatistiek worden getrokken. Derhalve moeten uitspraken als "De Nederlandse doodsoorzaakaangifte en -codering bleken vrij gunstig af te steken bij die van enkele andere landen" met de grootst mogelijk reserve, zo niet argwaan, worden beschouwd. Het moge juist zijn dat in dit onderzoek met negen (!) „papieren" patiënten de Nederlandse resultaten wat minder slecht zijn dan elders, toch wekt zo'n uitspraak een gevoel van voorbarige zelfgenoegzaamheid: in het land der blinden is één oog koning.

Hoewel het commentaar van prof.dr. R. van der Lende dit zou kunnen doen vermoeden, is het initiatief tot het „kritisch bestuderen van sterftecijfers" in Nederland geenszins genomen door Mackenbach en Van Duyne, noch door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een ten onrechte onvermeld gebleven initiatief is bijvoorbeeld dat van een groep Hoornse huisartsen, die van ruim 400 „echte" patiënten de doodsoorzaakaangifte onderzochten.⁴ Deze groep „gemotiveerde" (nauwkeuriger werkende?) huisartsen kwam tot veel grotere rapportagefouten in een meer representatieve patiëntengroep, dan Mackenbach en Van Duyne constateerden met hun 9 sterk geselecteerde patiënten.

Evenals in het buitenland, is ook in Nederland onderzoek gedaan naar de verhouding van obductiediagnosen tot premortale diagnosen resp. klinisch vermoede doodsoorzaken.⁵ Zoals elders uiteengezet,⁶ was het niet mogelijk de diagnosen op de overlijdensverklaringen te vergelijken met de obductiediagnosen, maar dat 10% van de klinische hoofddiagnosen onjuist was kan niet zonder betekenis zijn

voor de sterfstatistiek. Ook een uitgebreider onderzoek, speciaal gericht op kankersterfte, toonde aan dat de sterfstatistiek wel zeer grote foutenpercentages moet bevatten.⁷ De vraag rijst dan ook, welke waarde een publikatie als „Atlas van de kankersterfte in Nederland" nog heeft.⁸

Inmiddels is het verheugend dat mijn pleidooi voor toetsing en verbetering van de sterfstatistiek⁹ niet alleen weerklink heeft gevonden bij, maar zelfs overgenomen is door een hoogleraar, werkzaam bij hetzelfde instituut als van Clay en Ten Hoopen, die naar aanleiding van een der hier genoemde onderzoeken schreven: „..., dat de validiteit en de betrouwbaarheid van een belangrijk CBS-bestand in het geding is en dat naar onze opvatting de gegevens van de „Zwelse studie" de hierover gedane uitspraken niet toelaten."¹⁰ Hebben zij sindsdien toch wat geleerd daar?

Zwolle, januari 1984

J.W. STEFFELAAR

LITERATUUR

- 1 Mackenbach JP, Duyne WMJ van. Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland en andere landen van de EEG. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 13-8.
- 2 Lende R van der. Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 31-3.
- 3 Gau DW, Diehl AK. Disagreement among general practitioners regarding cause of death. Br Med J 1982; 284: 239-41.
- 4 Schadé E. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 612-3.
- 5 Steffelaar JW. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Ned. Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1898-1905.
- 6 Steffelaar JW. Naschrift bij: Wat is de analyse van Steffelaar waard? Med Contact 1981; 36: 604.
- 7 Steffelaar JW. Wat is kankerregistratie waard? Med Contact 1981; 36: 156-9.
- 8 Centraal Bureau voor de Statistiek. Atlas van de kankersterfte in Nederland 1969-1978. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 9 Steffelaar JW. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 112-5.
- 10 Clay W, Hoopen AJ ten. Hoe nauwkeurig is de CBS-registratie voor kanker? Med Contact 1981; 36: 452-5.

Omdat „zelfgenoegzaamheid", ook wat de doodsoorzaakstatistiek betreft, een verkeerde zaak zou zijn, hebben wij in ons artikel een uitvoerige beschrijving opgenomen van de geconstateerde tekortkomingen in de doodsoorzaakaangifte.¹ Het is echter een feit dat in ons onderzoek de Nederlandse doodsoorzaakaangifte en -codering gunstig

bleken af te steken bij die van enkele andere landen. Dit kan een steun zijn in de rug voor degenen die, ondanks de soms negatief getoonzette kritiek, kwaliteitsverbetering van de doodsoorzaakstatistiek nastreven.

Het onderzoek van enkele Hoornse huisartsen, waarop Steffelaar wijst, toont naar vraagstelling en opzet met het onze enkele belangrijke verschillen.² Waar wij aan een aantal artsen uniforme en in principe volledige diagnostische informatie aanboden, gingen zij onder meer na of van een aantal overleden patiënten de door henzelf opgegeven doodsoorzaak wel voldoende door de beschikbare diagnostische informatie werd ondersteund. Een vergelijking van aantallen rapportagefouten heeft in deze situatie geen zin. Wel is duidelijk, dat zowel met het soort fout dat in het Hoornse onderzoek werd aangetroffen (opgave van een doodsoorzaak bij onvoldoende informatie), als met het door ons aangetroffen soort fout (onjuiste opgave van een doodsoorzaak bij voldoende informatie) rekening moet worden gehouden.

Tenslotte: de waarde van een publikatie als „Atlas van de kankersterfte in Nederland”³ kan op grond van ons onderzoek, noch op grond van het Hoornse onderzoek, noch op grond van Steffelaars eigen onderzoeken goed worden beoordeeld.⁴ Het gaat bij een dergelijke atlas immers niet om de vraag óf er fouten zijn in de wijze waarop de doodsoorzaak kanker (van een bepaalde lokalisatie) tot stand komt, maar om de vraag of er wat dat betreft systematische regionale verschillen zijn.

Het aardige is nu dat het onderzoek waarvan Steffelaar de referentie miste, juist gericht was op de vraag of er binnen Engeland regionale verschillen zijn in doodsoorzaakaangifte, en hiervoor geen aanwijzingen leverde.⁶

LITERATUUR

- 1 Mackenbach JP, Duyn WMJ van. Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland en andere landen van de EEG. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 13-8.
- 2 Schadé E. Over de beperkingen van de officiële sterftestatistiek. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 286-9.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek. Atlas van de kankersterfte in Nederland 1969-1978. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 4 Steffelaar JW. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1898-1905.
- 5 Steffelaar JW. Wat is kankerregistratie waard? Medisch Contact 1981; 36: 156-9.
- 6 Diehl AK, Gau DW. Death certification by British doctors: a demographic analysis. J Epidemiol Community Health 1982; 36: 146-9.

Leiden, januari 1984

J.P. MACKENBACH
W.M.J. VAN DUYN

Liesexploratie bij kinderen, een medisch-economische beschouwing

De conclusie van de collegae Pull ter Gunne en Molenaar dat liesexploraties bij kinderen zonder problemen poliklinisch kunnen geschieden,¹ kan ik geheel onderschrijven.

Sedert 1982 worden in het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven vrijwel alle kinderen met een liesbreuk, hydrokèle of maldescensus testis geopereerd; zij worden daartoe één dag opgenomen in het zg. dagcentrum. Inmiddels zijn ruim 100 kinderen zonder wezenlijke problemen op deze wijze behandeld. In vrijwel alle gevallen stond de moeder zeer positief tegenover deze vorm van dagbehandeling.

Inderdaad is het van groot belang erop te wijzen dat ziekenhuizen waarin deze kostenbewuste handelwijze wordt gevolgd, zichzelf in feite „de nek omdraaien”, omdat

hierdoor minder verpleegdagen worden „geproduceerd.” Minder verpleegdagen betekent nog steeds minder budget en minder budget betekent minder verpleegkundig personeel. Het aanbod van de zg. „zware patiënten” op de klinische afdeling blijft hetzelfde. Het gevolg is dat met minder verpleegkundig personeel hetzelfde aantal „zware patiënten” moet worden verpleegd. Dit heeft tot gevolg dat het verpleegkundige personeel in dit kostenbewuste ziekenhuis onevenredig zwaar wordt belast, hetgeen zich vaak uit in toenemen van het ziekteverzuim, waardoor de verpleegkundige staf nog zwaarder wordt belast, enz. enz.

Het wordt daarom de hoogste tijd dat de beleidsinstanties de wijze van budgettering zodanig inrichten, dat kostenbesparend gedrag beloond in plaats van bestraft wordt.

LITERATUUR

- 1 Pull ter Gunne AJ, Molenaar JC. Liesexploraties bij kinderen; een medisch-economische beschouwing. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2321-3.

Eindhoven, januari 1984

C.M.A. BRUYNINCKX

Novae en andere ongerechtigheden in de farmacotherapie

Met verbazing nam ik kennis van het artikel van collega Offerhaus, waarin hij de plaatjesaggregatieremmer ticlopidine indeelt in een groep „teruggetrokken geneesmiddelen”, waarbij het in geen enkel geval ging om een revolutionair nieuw geneesmiddel, maar steeds om minimale chemische, dan wel farmaceutische modificaties van bestaande middelen, enz.”¹

Wat ticlopidine betreft, wordt bezwaar tegen deze stellingname aangetekend, o.a. omdat ticlopidine noch een chemische, noch een farmaceutische modificatie is. Deze plaatjesaggregatieremmer heeft een unieke chemische structuur, welke niet verwant is aan acetylsalicylzuur, sulfinyprazon of dipyridamol, terwijl ook het werkingsmechanisme verschillend is van voornoemde middelen. Ticlopidine remt de plaatjesaggregatie opgewekt door verschillende stimuli, zoals ADP, collageen, adrenaline, arachidonzuur en andere. Het opmerkelijke hierbij is echter, dat bij het remmend effect op ADP, ticlopidine de eerste aggregatiegolf remt, zoals ook prostacycline, hetgeen echter niet het geval is bij de andere plaatjesaggregatieremmers. Voorts doet ticlopidine de vervormbaarheid van de erythrocyten toenemen en vermindert de stof de viscositeit van het bloed bij patiënten lijdend aan vasculaire aandoeningen.

Klinisch is ticlopidine werkzaam gebleken bij extracorporele circulatie in hartchirurgie en hemodialyse, trofische beenulcera, aortacoronaire bypass, postchirurgische complicaties na ruptuur van intracraniale aneurysmata, trombose van de V. centralis retinae en sikkelcelanemie. Uitgebreid klinisch onderzoek is gaande op het gebied van perifere vaatsclerose, coronaire bypass, cerebrovasculaire aandoeningen en diabetische retinopathie. In de toekomst moet blijken of de resultaten hiervan opwegen tegen het relatief zelden voorkomen in de eerste maanden van de behandeling van de reversibele bijwerkingen agranulocytose en aplastische anemie.

LITERATUUR

- 1 Offerhaus L. Novae en andere ongerechtigheden in de farmacotherapie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 26-30.

Maassluis, februari 1984

A.B. VAN DER VIJGH