

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