

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

Men kan toegeven, dat ticlopidine een geval op zichzelf is, omdat de chemische structuur niet direct van een bekende substantie is af te leiden. Klinisch-farmacologisch zal nog moeten blijken of ticlopidine het revolutionaire geneesmiddel is, dat collega Van der Vijgh er kennelijk in ziet, gezien zijn opsomming van de eigenschappen en de indicaties (zoals die gegeven wordt in een onlangs door de fabrikant gepubliceerd overzicht).¹ Helaas bestaat het meeste bewijsmateriaal nog uit uittreksels van lezingen en „data on file”, en ook de gegevens over de ernstige bijwerkingen – afgezien van de 15 gepubliceerde gevallen – bevinden zich nog in de archieven van de fabrikant. De opgegeven schattingen van 1 geval van agranulocytose of aplastische anemie per ca. 6000 patiënten/jaren is voor een middel dat zijn exacte therapeutische plaats nog moet vinden niet gering; een verwant middel als dipyridamol heeft – tenminste als monotherapie – nog steeds moeite om die plaats te vinden, maar het is tenminste vrij van hematologische of hepatologische bijwerkingen.

De tijd zal moeten leren of het optimisme van collega Van der Vijgh te rechtvaardigen is.

LITERATUUR

- ¹ Panak E, Maffrand JP, Picard-Fraire C, et al. Ticlopidine: A promise for the prevention and treatment of thrombosis and its complications. *Haemostasis* 1983; 13 (Suppl 1): 1-54.

Amsterdam, februari 1984

L. OFFERHAUS

Kanker en de pil; de berg die een muis baarde

Na lezing van dit artikel van collegae Offerhaus en Hamerlynck kwamen de volgende vragen bij mij op:

1. Betekent het: „ware het niet dat de groep van jeugdige pilgebruiksters er zeer duidelijk uitspringt, dan zou men met een gerust hart kunnen stellen dat het extra risico van het later ontstaan van een mammatumor in de groep als geheel slechts zeer klein is” niet dat het dus niet zeer klein is, zoals de verdere teneur van het commentaar doet voorkomen?

2. Was het onderzoek van Vessey en medewerkers geen prospectief onderzoek?

3. Is het feit dat groepen vergeleken worden waar „in beide groepen gaat langdurige anticonceptie gelijk op met veel roken, vroeg trouwen en vroege eerste zwangerschap” wel een zwak punt, zoals beschreven wordt? Het is immers zo dat men pas als randgegevens bij twee groepen gelijk zijn, hoofdgegevens mag vergelijken.

4. Is het juist naar „ingezonden brieven” te verwijzen als waren het literatuurgegevens?

5. Zou men veiligheidshalve toch niet moeten aanbevelen orale contraceptiva met lage „progesteronpotentie” te gebruiken, ook al is er „vooralsnog echter nog geen voldoende reden tot ongerustheid”?

LITERATUUR

- ¹ Offerhaus L, Hamerlynck JVThH. Kanker en de pil, de berg die een muis baarde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 78-9.

Eindhoven, februari 1984

J.H.J.M. MEUWISSEN

Ad 1. Dit is een kwestie van semantiek van de dubbele ontkenning, altijd een enigszins hachelijk onderwerp in de Nederlandse taal. De bedoeling is om aan te geven dat het risico in de groep als geheel niet aantoonbaar of echt

bewijsbaar verhoogd is, maar dat er in een bepaalde subgroep toch enige reden tot ongerustheid bestaat.

Ad 2. De sectie „Methods” doorlezende moet men het onderzoek toch wel als *retrospectief* classificeren, al zou men argumenten op tafel kunnen leggen dat het ergens tussen prospectief en retrospectief in zit. Het gaat om analyse van zorgvuldig met een bepaalde doelstelling verzameld materiaal, waarbij men achteraf bepaalde ondergroepen met elkaar gaat vergelijken, en tenslotte die vergelijkingen presenteert, die bepaalde conclusies toelaten. Bovendien is prospectief onderzoek in het algemeen gecontroleerd, gerandomiseerd en meestal geblindeerd, en van dat alles is hier geen sprake.

Ad 3. Het zwakke punt is, dat men in beide groepen zoveel „ruis” introduceert, dat kleine uitschieters niet meer opvallen. Er is in dit geval geen echte vooropgezette „matching” van de twee groepen geweest.

Ad 4. Voor de zorgvuldig „gerefereerde” tijdschriften als *The Lancet* en de *British Medical Journal* geldt, dat aan brieven praktisch dezelfde waarde gehecht moet worden als aan gepubliceerde artikelen, omdat dergelijke ingezonden brieven redactioneel gecontroleerd worden. Brieven in deze tijdschriften worden bijv. ook vaak als korte „preliminary communication” gebruikt.

Ad 5. Uiteraard is iedereen vrij om de aanbevelingen, zoals die gedaan zijn door de Britse geneesmiddelencommissie, op te volgen, maar strikt genomen ontbreekt ieder bewijs. Er zijn geen betrouwbare klinische methoden, om de progestageen-potentie van orale anticonceptiva te vergelijken.

Amsterdam, februari 1984

L. OFFERHAUS

J.V.Th.H. HAMERLYNCK

De jongste en de oudste risicofactor

Professor Meijler wil met zijn klinische les aantonen dat er slechte beoefenaars van de medische professie bestaan en betreft daarin „de verzekeringsgeneeskundigen”.¹ Terecht verzet collega Knepper zich tegen de wijze waarop deze beroepsgroep wordt aangevallen.² Het gaat hier om enkele duizenden collegae, veelal in dienst van een bedrijfsvereniging of Gemeenschappelijke Medische Dienst, die belast zijn met het uitvoeren van de sociale wetgeving en volgens professor Meijler nog moeten strijden „voor een volwaardige positie binnen de geneeskunde”.¹ Verzuimd wordt echter een onderscheid te maken tussen de verzekeringsdeskundigen en een klein groepje artsen, die zich als geneeskundig adviseurs bezighouden met het over vele tientallen jaren inschatten van levens- resp. invaliditeitsrisico's. Deze functie wordt doorgaans vervuld door ervaren huisartsen/internisten, die al een lange staat van dienst achter de rug hebben. Via aanvullende opleidingen in het bedrijf zelf, door literatuurstudie en het zich verdiepen in handboeken („Rating manuals”) zal deze medicus trachten zich een specifieke deskundigheid eigen te maken. Pas na geruime tijd zal hij zich in staat achten een verantwoord advies uit te brengen aan de levensverzekeringsmaatschappij. Met hulp van de actuaaris kan dan de premie berekend worden.

Ik respecteer professor Meijler als deskundig cardioloog, doch ben tevens van mening dat de functie van geneeskundig adviseur ener levensverzekeringsmaatschappij een geheel andere deskundigheid vereist. Indien deze in een incidenteel geval ontbreekt, kan er, zoals werd aangetoond, heel veel mis gaan.