

aandacht die hun citatiehitparade van 95 hoogleraren heeft getrokken. Om de betekenis van die lijst nu helemaal te negeren, zoals in bovenstaande reactie van Van Rooijen en Eikelenboom gebeurt, gaat me echter te ver.

LITERATUUR

- ¹ Rigter H. Haantje de voorste of lest best? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1286-8.
- ² Rigter H. De prestaties van het Nederlandse gezondheidsonderzoek. Toepassing van een aantal wetenschapsindicatoren. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983. (Serie achtergrondstudies RAWB no. 9.)
- ³ Rooijen N van, Boorsma DM, Eikelenboom P. Citaties onmisbaar voor goed onderzoek. NRC-Handelsblad 1983, 31 maart. Bijvoegsel Wetenschap en Onderwijs: 1, 2.

's-Gravenhage, september 1984

H. RIGTER

We beperken ons commentaar tot de hitlijst, daar was ons artikel ook op gericht.¹ In de eerste plaats vinden wij het verwerpelijk, op zowel methodologische als meer sociale gronden, om hitlijsten op te stellen. Een verwijzing naar Garfield's lijsten in nummers van „Current Contents” is onzin. Die lijsten zijn de zg. wereldtoplijsten, als je daar niet op figureert is dat geen ramp. Het niet vóórkomen op „nationale hitlijstjes” als die van Van Rooijen et al. is veel „ingrijpender”, en wordt een kwalijke affaire als de zaak methodologisch niet deugt.

Het betoog van Van Rooijen en Eikelenboom gaat geheel voorbij aan de vastgewortelde gewoonte in vele natuur- en levenswetenschappelijke disciplines om de leidende senior-onderzoeker als laatste co-auteur te noemen. Het is daarom onjuist te stellen dat alleen de eerste auteur een significante waarde heeft. Middenin kunnen inderdaad „secondaire” auteurs genoemd worden. Maar in gevallen van „rotating first authorship” is de gehele auteursvolgorde onbelangrijk. Een jonge hoogleraar die als groepsleider in een recent gestart programma consequent als laatste („leidende”) auteur publiceert, is in de hitlijsten van Van Rooijen et al. systematisch „de sigaar”. Alleen zijn score als eerste auteur telt mee. Onzin natuurlijk! Deze situatie doet zich veel meer voor dan het extreme voorbeeld van Good.

Er is nog wat. De hitlijst „methode” van Van Rooijen et al. is niet alleen verwerpelijk op bovenstaande co-auteurs-overwegingen, zij zet bovendien een premie op belegen artikelen, „roem uit vervlogen tijden” wellicht; er wordt immers *alleen* naar citatiejaren en niet naar publicatie-jaren gekeken. De methode is als het ware een sneeuwschuif die alle citaten van het gehele oeuvre, tot in een ververwijderd verleden, meeschuift. Natuurlijk is het op zich zelf best opmerkelijk dat „oud werk” nog een hoge citatie-score haalt, maar naar onze mening is het voor beleid en management belangrijker naar recenter werk te kijken. Anders treedt wederom een systematische benadeling op van de jonge, pas gestarte maar mogelijkveelbelovende senior-onderzoeker.

Van Rooijen en Eikelenboom komen op het laatst tot een merkwaardige draai: omdat vakdeskundige beoordelaars (en zij verwijzen naar het werk van Cole et al.) vaak weinig overeenstemming vertonen inzake kwaliteit, suggereren zij dat een ieder zijn mond maar moet houden met kritiek op bibliometrische analyses. Het is volstrekt onwetenschappelijk kritiek op een bepaalde methode af te wijzen met een vermeende inadequaatheid van een andere methode. Vervolgens is de suggestie dat Cole et al. aantonen dat het met „de” overeenstemming tussen vakgenoten over wat kwaliteit is, maar droevig is gesteld, onjuist. Cole et al. wijzen daar zelf heel nadrukkelijk op in hun wederwoord op commentaar van anderen naar aanleiding van het bedoelde

artikel in *Science*. In het kort gezegd is er wel degelijk een significante correlatie tussen kwaliteitsoordelen van „peers”, maar er is ook een vrijwel even groot „random”-element. Dat is ook te verwachten als het gaat om goed tot zeer goed onderzoek. Dat stuk niet-overeenstemming tussen vakdeskundigen betreft in feite de vraag welk onderzoek van deze kwalitieve bovenlaag nu ècht veelbelovend, top-kwaliteit is. Het is zeer voor de hand liggend dat er in zo'n situatie een „vakdeskundig verschil” in perceptie is. Cole et al. stellen dan ook met nadruk dat bij beoordeling van onderzoek op lager niveau, dus of iets ook maar enige kwaliteit heeft, de overeenstemming tussen de beoordelaars veel groter zal zijn. Ook hier geldt dat „kwaliteit” een zo gedifferentieerd (naar inhoud en zwaarte) begrip is, dat er heel goed over te praten valt maar dat het hoogst onverstandig is hitlijsten samen te stellen.

LITERATUUR

- ¹ Moed HF, Burger WJM, Frankfort JG, Raan AFJ van. De invloed van het eerste auteurschap op de uitkomst van citatietellingen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1290-3.

Leiden, september 1984

A.F.J. VAN RAAN

BCG-vaccinatie

Uit het antwoord van prof. Kreukniet aan de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding blijkt dat er onder klinici nog een aantal misverstanden bestaat over de werkzaamheid van het BCG-vaccin.¹ De 80% bescherming, die men hier altijd aan toeschrijft, is het maximale effect op de directe gevolgen van een primaire infectie bij kinderen: hematogene uitzaaing met de acute miliaire tuberculose en de zo vaak dodelijk verlopende meningitis tuberculosa. BCG beschermt echter in het geheel niet tegen het binnendringen van de tuberkelbacil, die meestal niet gedood wordt, maar in een rustfase overgaat. BCG voorkomt dan ook geen endogene reïnfectie op langere termijn. De kans op secundaire tuberculose (phthisis) is bij besmette BCG-gevaccineerde even groot als bij onbehandelde, niet-gevaccineerde, besmette personen. Dit verklaart ook de grote verschillen in de resultaten van de „controlled trials”, die dr. Styblo aanhaalt.

In de praktijk betekent dat, dat men verpleegkundigen en andere werkers op een longafdeling met een BCG-vaccinatie wèl bescherming biedt (tot maximaal 80%) tegen de gevolgen op korte termijn, doch niet tegen een tuberculose later, veelal na beëindiging van het dienstverband. Bovendien blijft de „psychologische druk” bestaan, omdat men geen enkel inzicht heeft over de mate en de omvang van het reële besmettingsgevaar. Eerder nog zal een vals gevoel van veiligheid tot nonchalance leiden. Bij een goede en snelle diagnostiek (Ziehl-Neelsen), een goede therapie en het instellen van een hoesthygiëne, zal het besmettingsgevaar op een longafdeling, ook bij het continu aanwezig zijn van tuberculosepatiënten, immers minimaal zijn. Dit is echter alleen met regelmatig toepassen van tuberculine-injecties bij ongevaccineerden na te gaan. Dit heeft bij een goede organisatie geen enkel probleem op te leveren en de mogelijkheid van een afdoende profylactische behandeling met INH maakt dit ethisch aanvaardbaar.

Er is geen enkele aanwijzing dat herhaalde tuberculine-reacties een positieve reactie kunnen doen ontstaan en ook is het niet waar dat na BCG alleen zwakke reacties ontstaan die te onderscheiden zouden zijn van de reactie na een echte infectie. De „7%-kans” op manifeste tuberculose na BCG-vaccinatie is ook niet vergelijkbaar met de „30%-kans”

zonder vaccinatie, omdat in het eerste geval de diagnose alleen op grond van röntgenologische afwijkingen gesteld kan worden, hetgeen betekent dat er reeds schade aan de longen is ontstaan, die alleen met twee of drie tuberculostatica behandelbaar is. De 30%-kans, zo dat getal reëel is, kan door een tuberculine-omslag worden aangetoond, voordat afwijkingen zijn ontstaan; behandeling met een INH-profylaxe is dan afdoende. In de praktijk zal blijken dat met een hoesthygiëne vrijwel geen omslagen op een longafdeling voorkomen. Op andere, interne of chirurgische afdelingen, waar de diagnose wel eens later gesteld wordt, kan een gericht contactonderzoek onder personeel en medepatiënten een betere bescherming bieden dan BCG.

Het heeft dan ook de schijn dat het gemak, waar prof. Kreukniet in zijn laatste zin op doelt, meer een vorm van gemakzucht is, die een schijnbare bescherming verkiest boven een goede bewaking met de mogelijkheid van een afdoende beveiliging.

LITERATUUR

¹ Douma J, Bleiker MA. BCG-vaccinatie. (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1634-5.

Tilburg, september 1984

T.L. MELLEMA,
longarts,
districts-consultatiebureau

Blijkbaar ben ik nog niet duidelijk genoeg geweest. Het gestelde door collega Mellema is juist en ook bij klinici wel bekend. Het is evenwel slechts juist voorzover het wordt uitgevoerd. In de praktijk valt de besmettingkans mee, doch de op de tuberculoseafdeling werkzame personen maken zich over een dergelijke besmetting wel zorgen. Met deze zorgen komen zij bij de longartsen terecht. Deze trachten hen gerust te stellen, vaak met behulp van een incidentele doorlichting, die weinig zin heeft. In veel ziekenhuizen vindt geen systematische controle van de tuberculinereactie bij niet-gevaccineerden plaats. Ook de systematische röntgenfoto van de thorax als mogelijk (late) controle op het opgelopen hebben van een manifeste infectie ontbreekt.

Nogmaals: wat is er tegen om onder dergelijke omstandigheden – dus niet de door collega Mellema veronderstelde ideale omstandigheden – dan toch maar een BCG te vaccineren, hetgeen zeker enige bescherming biedt.

Utrecht, september 1984

J. KREUKNIET

Vitamine B is geen wondermiddel

Wij brengen onder de aandacht dat in het commentaar van Jennekens de zinsnede voorkomt: „De aanbevolen dagelijkse hoeveelheden van vitamine B zijn enige malen hoger dan de minimum benodigde hoeveelheden per dag . . .”.¹ Deze bewering is beslist onjuist en zou de indruk kunnen wekken dat de aanbevelingen niet reëel zijn. In feite wordt bij het doen van aanbevelingen een veiligheidsmarge in acht genomen en wordt zo nodig rekening gehouden met interacties tussen voedingsstoffen die bij de heersende voedingsgewoonte het behoeftepatroon kunnen beïnvloeden. Zo zal het relatief hoge eiwitgehalte van de westerse voeding de behoefte aan vitamine B₆ verhogen. Een veiligheidsmarge is noodzakelijk in verband met het bestaan van interindividuele variatie in de minimumbehoefte. Een voorziening op het niveau van de gemiddelde minimumbehoefte is nu eenmaal ontoereikend voor de bevolking als geheel. De veiligheidsmarge is doorgaans in de orde van grootte van

30% en leidt dus zeker niet tot aanbevelingen die enige malen hoger zijn dan de minimum benodigde hoeveelheden per dag.

LITERATUUR

¹ Jennekens FGI. Vitamine B is geen wondermiddel. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1241-2.

Ede, september 1984

G. SCHAAFSMA
J.H.P. JONXIS
R. LUYKEN,
leden van de Commissie
Voedingsnormen van de Voedingsraad

Ik dank de collegae Schaafsma, Jonxis en Luyken voor hun correctie.

Utrecht, september 1984

F.G.I. JENNEKENS

Conservatieve behandeling van decubitus

In het artikel van Keuzenkamp komt een tabel voor, ontleend aan Constantian, met gegevens over de dagelijkse behoefte aan vitaminen en sporelementen van patiënten met genezende wonden.¹ Tegen enkele cijfers in deze tabel hebben wij bezwaar:

– De hoeveelheid vitamine A van 10.000 tot 50.000 IE komt overeen met drie tot vijftien maal de fysiologische behoefte. Volgens de „International Vitamin A Consultative Group” bedraagt – in verband met potentiële toxiciteit van vitamine A – de maximaal toelaatbare profylactische dosis voor vrouwen en mannen resp. 25.000 en 30.000 IE per dag.

– De hoeveelheid vitamine D van 400 mg/dag is in hoge mate toxisch. Wellicht is hier sprake van een zetfout en is 400 µg bedoeld. Maar ook deze hoeveelheid (16.000 IE) moet als profylaxe van de hand worden gewezen. Met vitamine D is reeds bij doseringen van meer dan 1000 IE/dag grote voorzichtigheid geboden.

– De hoeveelheid zink van 660 mg/dag is ca. 50 maal zo hoog als de fysiologische behoefte. Hoewel bij patiënten met vertraagde wondgenezing therapeutische doseringen van 200 mg/dag gedurende langere tijd gespreid over de dag ingenomen niet toxisch bleken, is acute toxiciteit (braken, diarree, buikkampen, koorts) waargenomen bij mensen die voedsel hadden genuttigd dat bewaard was geweest in gegalvaniseerde gamellen. Ook moet worden gewezen op het bestaan van een Zn/Fe-interactie op het niveau van de darm. Deze heeft tot gevolg dat bij overmatig aanbod van één van deze twee nutriënten de absorptie van de ander zal verminderen.

LITERATUUR

¹ Keuzenkamp T. Conservatieve behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1470-3.

Ede, september 1984

G. SCHAAFSMA
J.H.P. JONXIS
R. LUYKEN,
leden van de Commissie
Voedingsnormen van de Voedingsraad

Schaafsma, Jonxis en Luyken ben ik zeer erkentelijk voor hun terechte opmerkingen over enkele cijfers in de, overigens correct overgenomen, tabel van Constantian.

Rotterdam, september 1984

T. KEUZENKAMP