

- ² Ellis EF, Smith RT. The role of the spleen in immunity, with special reference to the post-splenectomy problem in infants. *Pediatrics* 1966; 37: 111-6.
- ³ Humphrey JH. Tolerogenic or immunogenic activity of hapten-conjugated polysaccharide correlated with cellular localisation. *Eur J Immunol* 1981; 11: 212-20.
- ⁴ Hamlot PL, Hayes AE. Impaired human antibody response to the thymus-independent antigen, DNP-Ficoll, after splenectomy. *Lancet* 1985; i: 1008-11.

- ⁵ Brivet H, Herer B, Frimau A, Dormont J, Tchernia G. Fatal postsplenectomy pneumococcal sepsis despite pneumococcal vaccine and penicillin prophylaxis. *Lancet* 1984; ii: 356-7.
- ⁶ Gonzaga RAF. Fatal post-splenectomy pneumococcal sepsis despite prophylaxis. *Lancet* 1984; ii: 694-5.
- ⁷ Evans DIK. Fatal post-splenectomy sepsis despite prophylaxis with penicillin and pneumococcal vaccine. *Lancet* 1984; i: 1124.

T. M. VROOM

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)

Het rendement van routinebepalingen bij opname in een kliniek voor inwendige geneeskunde

Bij dit artikel, geschreven door collegae Prins, Ubbink en Netelenbos (1985; 2403-6), plaatsen wij graag een aantal kanttekeningen.

Het retrospectieve karakter van dit onderzoek vormt een belangrijk struikelblok, hetgeen slechts ten dele door de schrijvers is gesignaleerd. Het grootste probleem is dat de motieven voor een gegronde aanvraag veelal niet te achterhalen zijn. Bij het opstellen van een 'prikprogramma' wordt uiteraard uitgegaan van de op dat moment actuele vermoedens en deze kunnen niet als routinematig worden aangemerkt. Helaas worden achtergronden voor de laboratoriaaanvragen vaak niet in de patiëntenstatus vermeld, en kunnen, zeker bij normale uitslagen, deze aanvragen als 'routine' worden geclassificeerd.

Onvoldoende komt naar voren dat de situatie in een academische kliniek nimmer geëxtrapoleerd mag worden naar de algemene Nederlandse gezondheidszorg. In een opleidingsziekenhuis zullen minder ervaren assistenten veelal het eerste prikprogramma opstellen, hetgeen ongetwijfeld zal leiden tot vaker aanvragen van achteraf overbodig laboratoriumonderzoek.

Het derde punt is dat het begrip 'rendement' niet duidelijk omschreven is. De auteurs opperen dat een laboratoriumbepaling rendabel is als de uitslag afwijkend is en een belangrijke nevendiagnose gesteld kan worden. De kans bestaat daardoor dat laboratoriumbepalingen die dienen om een aantal differentiële diagnoses uit te sluiten, en veelal normale bevindingen zullen opleveren, als routinematig bestempeld worden. Juist deze bepalingen maken een substantieel deel van het klinisch-chemisch onderzoek uit.

In de vierde plaats, de suggestie om het referentiegebied van laboratoriumwaarden te verbreden, en daardoor onduidelijkheid omtrent marginaal afwijkende waarden te omzeilen, houdt schijnbare simplificatie in. Inherent aan het hanteren van een referentiekader is het bestaan van marginaal afwijkende laboratoriumwaarden, die zelden berusten op een laboratoriumfout. (Deze is veelal van administratieve aard en valt derhalve veel sneller op.) Het zou eerder aanbeveling verdienen de zogenaamde normaalwaarden zo te veranderen dat de clinicus zich nog eens realiseert dat vergelijking plaatsvindt met waarden die bij 90% van de populatie zijn vastgesteld en dat zogenaamde afwijkende laboratoriumuitslagen buiten dit referentietraject vallen.

Tenslotte erkennen wij dat niet alle verrichte diagnostiek in evenredige mate een bijdrage levert bij het stellen van de diagnose; wij steunen daarom het pleidooi van de auteurs voor een zorgvuldig aanvraagbeleid en een efficiënte overdracht van

patiëntengegevens, met name van reeds eerder verrichte diagnostiek, bij opname.

W. J. R. R. VENEKAMP

J. WALS

L. W. J. J. M. WESTERHUIS, klinisch chemicus

Brunssum, februari 1986

Graag wil ik reageren op het commentaar van de collega's Venekamp, Wals en Westerhuis. Het gaat om een onderzoek van mensen. Een en ander betekent dat wij principiële tegenstanders zijn van de zogenaamde routine-aanvragen. Wij hebben dit onderzoek verricht om een beeld te krijgen van de aanvragen die zonder controleerbare argumentatie werden gedaan of waarvan wij niet konden bevroeden of deze iets met de opnamediagnose of differentiële diagnose te maken hadden. Natuurlijk, dit onderzoek is retrospectief zoals wij meermalen in ons artikel stelden. Een prospectief onderzoek zal wellicht een vertekend beeld naar de andere kant geven, omdat men dan elke aanvraag argumenteert en er dan geen sprake meer is van routine-aanvragen. Het is onzes inziens terecht om over rendement te spreken van routine-aanvragen, niet van gerichte aanvragen. Waarschijnlijk haalden de collega's deze begrippen door elkaar. Weliswaar gaf dit onderzoek slechts een retrospectief beeld uit een bepaalde periode van een bepaalde kliniek waar geen routine-aanvraagprotocollen aanwezig zijn en waar een controle is op de statussen i.v.m. het opleidingskarakter. Uw suggestie dat er in een niet-opleidingsziekenhuis met meer ervaren artsen achteraf gezien minder overbodig laboratoriumonderzoek zal plaatsvinden, dient onzes inziens eerst hard gemaakt te worden. Met betrekking tot de opmerking over de referentiegebieden, stellen wij juist om bij een bepaalde betrouwbaarheid (bijv. 95%) te streven naar boven- en ondergrenzen (bijv. P 97,5 en P 2,5) op basis van eigen onderzoek onder controlegroepen.

J. C. NETELENBOS

Amsterdam, februari 1986

Depressie: gezin uit, ziekenhuis in

Onder bovenstaande, overigens onbegrijpelijke, titel verscheen een klinische les, die mij althans erg teleurstelt (1986; 241-3). Vandaar de volgende hoofdpunten van kritiek.

Bij lezing van de onvolledige anamnese blijkt patiënt A een vrouw te zijn met een vitale depressie in aansluiting aan een 'angina' (tonsillaris?). Er zijn wellicht ook manische perioden geweest. De auteur schrijft: '... de schildklierfunctie is gestoord'. De vraag is in welke zin, te meer daar bij laborato-