

- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> Humphrey JH. Tolerogenic or immunogenic activity of hapten-conjugated polysaccharide correlated with cellular localisation. *Eur J Immunol* 1981; 11: 212-20.
- <sup>4</sup> Hamlot PL, Hayes AE. Impaired human antibody response to the thymus-independent antigen, DNP-Ficoll, after splenectomy. *Lancet* 1985; i: 1008-11.

- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> Gonzaga RAF. Fatal post-splenectomy pneumococcal sepsis despite prophylaxis. *Lancet* 1984; ii: 694-5.
- <sup>7</sup> 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 laboratoriaanvragen 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-

riumonderzoek tijdens verblijf in het ziekenhuis geen afwijkingen van betekenis meer worden gevonden (na behandeling?). De bevindingen bij neuropsychologisch onderzoek wijzen op 'stoornissen van andere aard dan men bij depressie zou verwachten', hetgeen de uiteindelijke diagnose 'personale depressie' kennelijk niet in de weg staat. 'Van medicatie werd afgezien, want er was geen reden om een organische basis voor de *geïnteresseerdheid* van patiënte aan te nemen' (cursivering van mij). Zet- of denkfout of beide? Bij de beschrijving van patiëntes gezin wordt heel wat gesuggereerd. De echtgenoot, van wie alleen vermeld wordt dat hij onder controle is wegens recidiverende rugklachten, 'sukkelt met een zwakke gezondheid', terwijl het zontje van 8 zich 'in criminele richting dreigt te ontwikkelen', omdat hij spijbelt en eenmaal een 'fikkie' in de klas heeft gestookt. De 'geïntegreerde behandeling' van deze depressieve moeder lijkt vooral door de buurvrouw te worden uitgevoerd, terwijl de rol van de huisarts niet eens wordt genoemd.

Patiënte B komt na een tentamen suïcidii in het ziekenhuis. Er wordt een depressie geconstateerd op grond van gezinsgesprekken en onderzoek van het milieu interne van patiënte. Zelfs een suppressietest met dexamethason, waarvan de indicatie niet wordt vermeld, blijft haar niet bespaard. Het milieu externe wordt echter systematisch buiten beschouwing gelaten: deze 'actieve jonge vrouw' met 2 schoolgaande kinderen wordt kennelijk geacht genoeg voldoening te vinden in haar huishouden. Een alinea verder is zij 'overmatig betrokken' en de therapeut legt haar uit dat zij 'kennelijk depressief reageert' op haar 'overactieve' dochtertje van 5, die overigens even later door beide ouders als 'voorbeeld' wordt aangeprezen. De gezinspsychotherapie bestaat er o.a. uit dat moeder en haar dochtertje van 5 (!) moeten gaan winkelen en dat vader en zoon mogen vissen. Het zal duidelijk zijn dat patiënte daarna geen klachten meer heeft . . .

Een 'klinische les' is voor mij helaas niet te trekken uit dit warrige relaas, waarin noch het bestaan van een depressie op systematische wijze aangetoond wordt, noch aannemelijk gemaakt wordt dat de gezinsproblemen een oorzaak en geen gevolg zijn van deze 'depressie'.

A. M. C. VAN ASBECK-RAAT

Groningen, februari 1986

Het is voor mij ondoenlijk op alle vragen en (of) aanmerkingen van A.M.C. van Asbeck-Raat in kort bestek in te gaan. Daarom selecteer ik de voornaamste punten.

Bij het ontstaan en het in stand houden van depressie en ruimer gesteld depressief gedrag spelen gezinsomstandigheden een min of meer belangrijke rol. Opname in een ziekenhuis kan vaak een nieuwe wending geven aan tot dan toe non-productief geëscaleerde problematiek. Het gezin krijgt de mogelijkheid even op adem te komen, de patiënt de kans zich te heroriënteren. Bij patiënte A waren er aanvankelijk ook vitaal-depressieve symptomen. In het begin van de ziekteperiode was er een 'angina' (in de volksmond wordt hiermee een angina tonsillaris bedoeld); er waren tekenen van een hypothyreoïdie (bloedchemisch). Bij verdergaand onderzoek werden geen redenen meer gevonden voor een farmacotherapeutische behandeling. De vitale symptomen waren verbleekt en er bleef een personaal-depressief beeld over. Uiteraard was de ongeïnteresseerdheid van patiënte toen geen aanleiding meer om aan een organische stoornis te denken. Uitvoerige bespreking van de casus zou op zich een klinische les zijn. Reden waarom ik het hierbij moet laten. Bij het formuleren van de verschillende gezinstherapeutische bemoeienissen was het essentieel aan te geven dat de pedagogische draagkracht van de ouders zeer gering was en dat de ontwikkeling van de jongen groot gevaar liep. In geval van

een geïntegreerde (gezins)behandeling kunnen hulpsystemen, zoals burens (i.c. buurvrouw), inderdaad een belangrijke rol spelen. Maar of de buurvrouw daarmee de behandeling uitvoert, laat ik aan de lezer over. De rol van de huisarts was in deze casus gering. Kenmerk van deze hulpsystemen is onder meer dat ze ten aanzien van dergelijke gezinnen doorgaans geen vruchtbaar gebruik (kunnen) maken van medische en andere maatschappelijke voorzieningen.

Ook bij de bespreking van patiënt B kunnen accenten verlegd worden, zodat er stof is voor een nieuwe klinische les. Wezenlijk was dat er een depressie werd gediagnosticeerd op grond van de voor ons bekende criteria: symptomen anamnese en eventueel aanvullend laboratoriumonderzoek (DST, TRH-test, urine-MHPG).<sup>1</sup>

Ik moge mw. Van Asbeck-Raat erop wijzen dat er wel aspecten van het milieu externe zijn besproken: het omgaan met vriendinnen, filmbezoek met de echtgenoot, gaan winkelen. Over het overmatig betrokken-zijn en het herkennen van depressief gedrag in de gezinscontext nog het volgende: een fase van overmatige betrokkenheid zonder opvoedkundig 'succes' wordt vaak gevolgd door een periode van zich terugtrekken, neerslachtigheid. In de door ons toegepaste gezinspsychotherapie worden gezinsrelaties inderdaad gestructureerd via de dagelijkse bezigheden. Mede in dit verband is vermeldenswaardig de verrichtingen van collega Van Engeland in zijn recente inaugurele rede als hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie dat het belang van de diepte in de psychiatrie misschien wat overtrokken wordt en het belang van de oppervlakte wat ondergewaardeerd.<sup>2</sup>

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Oei T.I. Artikelenreeks over depressie. Tijdschr Ziekenverpleging 1983; Nrs 4, 5, 6, 7, 23 en 25.

<sup>2</sup> Engeland H van. De ontdekking van het oppervlak. Oratie. Utrecht: Rijksuniversiteit, 1986.

T. I. OEI

Utrecht, februari 1986

### *Seksueel overdraagbare aandoeningen bij slachtoffers van seksueel geweld*

Graag wil ik de auteurs van dit artikel (1986; 405-7) en de lezers van dit tijdschrift opmerkzaam maken op een verkeerd geciteerd aantal. Ter illustratie van het vóórkomen van seksueel geweld worden cijfers uit het jaarverslag van de Stichting Tegen Haar Wil te Amsterdam genoemd. In 1984 zouden 96 telefoongesprekken met betrekking tot verkrachting of aanranding geregistreerd zijn. Dit aantal klopt niet. De 24-uurstelefoon-dienst van Tegen Haar Wil is in dat jaar 1413 maal gebeld voor hulpverlening op het gebied van seksueel geweld; daarvan ging het in 722 gevallen om aanranding of verkrachting.

Oorzaak van deze vergissing is waarschijnlijk het maar half lezen van het jaarverslag. Daarin wordt namelijk ook vermeld dat Vrouwen Tegen Verkrachting (onderdeel van dezelfde stichting; tweedelijnsopvang) 96 maal voor hulp geraadpleegd werd. Dat cijfers van geregistreerd seksueel geweld veel lager liggen dan het aantal werkelijke gevallen, is niet te voorkomen; met het geven van de juiste registratiecijfers wordt het probleem in elk geval niet nog eens extra onderschat.

M. VAN SELM

Amsterdam, maart 1986

Onze dank voor uw correctie.

J. A. R. VAN DEN HOEK

Amsterdam, maart 1986