

Conclusie

Het is verheugend om vast te stellen dat Nederlands onderzoek naar de waarde van de doodsoorzakenstatistiek heden ten dage een grotere belangstelling geniet dan voorheen. De resultaten hebben voorspands eerder een signalerende betekenis dan een getalsmatige. Bij onderzoek over deze materie zijn diverse typen onderzoek mogelijk en gewenst. Een systematische aanpak is essentieel, in het bijzonder om ongenueanceerde en (of) niet toelaatbare generalisaties/conclusies ten aanzien van de waarde van de doodsoorzakenstatistiek te voorkomen. Voor sommige typen onderzoek, vooral indien eenduidige classificatie en codering een toetsingscriterium vormt, is samenwerking tussen onderzoekers en CBS gewenst. Het CBS heeft hiertoe in overleg met de Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken van de Centrale Commissie voor de Statistiek beperkte middelen gereserveerd.

Met dank, voor commentaar en adviezen, aan dr. D. Hoogendoorn en dr. A.G. Dissevelt, respectievelijk voormalig wetenschappelijk hoofdamtenaar en plaatsvervangend hoofd van de hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken van het CBS.

LITERATUUR

- 1 Mackenbach JP, Duyne 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 Wet 1983; 26: 286-9.
- 3 Steffelaar JW. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1898-905.
- 4 Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974; 196: 203-10.

- 5 Erhardt CL, Weiner L, McAvoy G. Pathological reports for mortality statistics. JAMA 1959; 171: 33-6.
- 6 Alderson M. International mortality statistics. London: Macmillan, 1981.
- 7 Centraal Bureau voor de Statistiek. Atlas van de kankersterfte in Nederland 1969-1978. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 8 Wereldgezondheidsorganisatie. Manual of the International statistical classification of diseases, injuries and causes of death, based on the recommendations of the Ninth revision conference, 1975. Geneva: WHO, 1977.
- 9 Centraal Bureau voor de Statistiek, Raad voor gezondheidsresearch TNO. Hart- en vaatziekten, omvang en maatschappelijke betekenis. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 10 Pisa Z, Uemura K. Trends of mortality from ischaemic heart disease and other cardiovascular diseases in 27 countries, 1968-1977. World Health Stat Q 1982; 35: 11-47.
- 11 Centraal Bureau voor de Statistiek. Hart- en vaatziekten: een statistische verkenning. 's-Gravenhage: Nederlandse Hartstichting, 1983.
- 12 Hoogendoorn D. Wellicht dalende incidentie van het acute myocardinfarct. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 688-92.
- 13 Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1983. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- 14 Centraal Bureau voor de Statistiek. Sterfte naar belangrijke doodsoorzaken 1950-1977. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 15 Centraal Bureau voor de Statistiek. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1955. Serie A2 (provincies: grote lijst van nieuwvormingen). Voorburg: CBS, 1956.
- 16 Centraal Bureau voor de Statistiek, Stichting Medische Registratie. Kanker: morbiditeit en mortaliteit 1975/1976. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.
- 17 Eriks AA. Vijf jaar kankerincidentie en kankersterfte. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1982/1: 6-13.
- 18 Eriks AA, Campos Cardoso A de. Kankermorbiditeit en -mortaliteit 1980. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1983/11: 5-19.
- 19 Centraal Bureau voor de Statistiek. Ziekten van de spijsverteringsorganen, en hun plaats binnen het totale morbiditeitspatroon. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- 20 Centraal Bureau voor de Statistiek, Stichting Medische Registratie. Ongevallen van klein tot groot. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.
- 21 Centraal Bureau voor de Statistiek. Diagnose-statistiek ziekenhuizen 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- 22 Lende R van der. Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 31-3.
- 23 Integraal Kankercentrum Zuid/Stichting Samenwerkingsorgaan Oncologie Ziekenhuizen. Kankerregistratie en -documentatie in het zuidoostelijk deel van Noord-Brabant en Noord-Limburg (SOOZ-registratiegebied van het IKZ). Eindhoven: IKZ-SOOZ, 1983.

Oktober 1984

OORSPRONKELIJKE STUKKEN

Het formulier voor de verklaring van de doodsoorzaak

D. HOOGENDOORN

Het formulier „Doodsoorzaakverklaring in gevolge de artikelen 5 en 6 van de wet van 1 juni 1865, staatsblad 60” is door Dunning „gebruikersonvriendelijk” genoemd.¹ Men mag aannemen, dat veel praktiserende artsen hem dit nazeggen. De moeilijkheden concentreren zich vermoedelijk rondom afdeling D van het formulier. Men vindt dit hier afgedrukt als figuur 1.

Veel collegae hebben vooral moeite met de vraag onder 1a: „ziekte, welke rechtstreeks de dood ten

Zie ook het artikel op bl. 1421.

SAMENVATTING

Het formulier voor de verklaring van de doodsoorzaak wordt terecht „gebruikersonvriendelijk” genoemd. De redactie ervan wekt ten onrechte de indruk, dat de vraag naar „de ziekte, die rechtstreeks de dood ten gevolge had” van overheersend belang is. Als regel is dat niet het geval. Met behulp van enkele eenvoudige voorstellen tot wijziging wordt getracht het formulier acceptabeler te maken voor de gebruiker.

Dr. D. Hoogendoorn, Prins Bernhardlaan 11, 8131 DE Wijhe (Ov.).

D. NATUURLIJKE DOOD

(Voor niet nat. dood zie E; voor doodgeboren zie F)

Duur tussen begin
ziekte en overlijden
(bij benadering):

<p>1. a. Ziekte, welke <i>rechtstreeks</i> de dood ten gevolge had</p> <p>b. en c. Ziekten, welke hebben geleid tot de doodsoorzaak onder a. Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende het laatst opgeven (<i>zie toelichting</i>)</p> <p>2. Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, welke tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder 1 genoemde ziekten in causaal verband staan</p>	<p>1. a. veroorzaakt door/gevolg van</p> <p>b. veroorzaakt door/gevolg van</p> <p>c.</p> <hr/> <p>2.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--	--

Fig. 1. Huidige Nederlandse tekst van het formulier van doodsoorzaakverklaring.

gevolge had". Niet zelden zal men deze vraag niet kunnen beantwoorden. De patiënt die aan een ernstige ziekte lijdt welke tot de dood zal voeren, kan onverwachts overlijden, misschien aan een longembolie of een andere niet gemakkelijk te diagnostiseren aandoening. Een overeenkomstige moeilijkheid doet zich voor, als de patiënt 's morgens dood wordt gevonden. Wie anderzijds neiging heeft vraag 1a in daarvoor in aanmerking komende gevallen te beantwoorden met „maagcarcinoom” zal deze neiging onmiddellijk onderdrukken, als hij/zij ziet, dat het formulier hem/haar op de volgende regel noodzaakt mee te delen, wat de oorzaak van maagkanker is.

De vorm van het formulier vloeit voort uit het feit, dat Nederland lid is van de Wereldgezondheidsorga-

nisatie. De originele Engelse tekst van het door deze organisatie voorgeschreven formulier vindt men in figuur 2. Het valt op dat in vraag 1a niet uitsluitend het woord „disease”, maar ook het ruimere „condition” wordt gebruikt. Wellicht ware het beter „disease or condition” niet te vertalen met „ziekte”, zoals in de Nederlandse bewerking is gedaan, maar met „aandoening of complicatie”.

Vervolgens vindt men bij 1b en 1c de vraag naar „morbid conditions, if any”, alsmede de aanwijzing, dat de „underlying condition” (vrij te vertalen als „eigenlijke” of „werkelijke” doodsoorzaak), als laatste dient te worden vermeld. De Wereldgezondheidsorganisatie is de medische ambtenaar, die verantwoordelijk is voor de registratie van de doodsoor-

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

	Approximate interval between onset and death
<p>I</p> <p><i>Disease or condition directly leading to death*</i></p> <p><i>Antecedent causes</i></p> <p>Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last</p>	<p>(a) due to (or as a consequence of)</p> <p>(b) due to (or as a consequence of)</p> <p>(c)</p>
<p>II</p> <p><i>Other significant conditions</i></p> <p>contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

*This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, asthenia, etc. It means the disease, injury, or complication which caused death.

Fig. 2. Officiële Engelse tekst van de Wereldgezondheidsorganisatie van het formulier voor doodsoorzaakverklaring.

zaken, behulpzaam door een aantal regels te verstreken. „These rules are based on the concept of the underlying cause, i.e. the disease or injury which initiated the sequence of events, which led to death.” Het wekt telkens weer verwarring, dat deze aandoeningen in omgekeerde volgorde dienen te worden vermeld. Laatstgenoemde aanwijzing vindt men in het Nederlandse formulier weliswaar onder 1b vermeld, maar het springt weinig in het oog, en bovendien is dan reeds enige geprikkeldheid aanwezig na de ervaren moeilijkheid bij de invulling van vraag 1a.

Figuur 3 poogt een duidelijkere en vooral praktisch bruikbaarere Nederlandse bewerking te geven van het officiële Engelstalige formulier. Het behelst slechts een voorzichtige suggestie, die gaarne voor een betere zal worden ingeruild. Doelbewust is hierbij de „toelichting” als eerste onderdeel opgenomen. Wellicht verdient het overweging om aan de tweemaal voorkomende woorden „veroorzaakt door/gevolg van” als derde mogelijkheid „opgetreden tijdens” toe te voegen. Op deze wijze wordt extra nadruk gelegd op de omgekeerd-chronologische bouw van het formulier.

Het is van veel belang zich te realiseren dat de medische ambtenaar bij het vaststellen van de doodsoorzaak veelal de diagnose onder 1c gebruikt, althans wanneer het formulier op de juiste wijze is ingevuld. Wie hieruit zou afleiden, dat men kan volstaan met het gevraagde onder 1c in te vullen, komt bedrogen uit. Deze vereenvoudiging is wellicht acceptabel bij een doodsoorzaak zoals „acuut myocardiinfarct”. In veel andere gevallen zal de medische ambtenaar behoefte hebben aan aanvullende gegevens. De nood-

zaak hiervan kan met een tweetal voorbeelden worden duidelijk gemaakt.

Een mazelenpatiëntje overlijdt aan een complice-rende pneumonie. De medicus die de lijkschouwing verricht, zal in dit geval misschien aarzelen tussen „pneumonie” en „mazelen” als doodsoorzaak. Indien hij beide opgeeft, en bij voorkeur in de volgorde 1a pneumonie, 1c mazelen, zal de medische ambtenaar op grond van door de Wereldgezondheidsorganisatie verstrekte richtlijnen begrijpen, dat het juiste code-nummer onder „infectieziekten”, in casu bij mazelen en niet onder het hoofdstuk „longziekten” moet worden gezocht. Juist omdat de praktizerend medicus niet verondersteld mag worden deze richtlijnen te kennen, zal hij volledig mogelijke informatie dienen te geven. Hij zal bijvoorbeeld – en dit als tweede voorbeeld – niet mogen volstaan met de diagnose „peritonitis carcinomatosa”, wanneer deze samenhangt met een mammacarcinoom.

De mening, dat de kwaliteit van de doodsoorzaken-statistiek in enigszins belangrijke mate wordt geschaad als men geen antwoord kan geven op de vraag naar de „rechtstreekse” doodsoorzaak (1a), maar wel de „onderliggende doodsoorzaak” (1c) kan opgeven, berust op een misverstand. Het aanzien van de statistiek van de doodsoorzaken wordt hierdoor onnodig geschaad.

Indien overwogen zou worden het hier bedoelde formulier te wijzigen – en men mag niet verwachten, dat dit in een handomdraai zou kunnen worden gedaan, want er zou zelfs een wetswijziging voor nodig zijn –, verdient het aanbeveling ook andere onderdelen kritisch in beschouwing te nemen.

D. NATUURLIJKE DOOD

TOELICHTING: Indien als onderdeel van het stervensproces verschillende ziektebeelden herkenbaar zijn geweest, dienen deze in chronologisch omgekeerde volgorde onder a en b te worden vermeld. *De aan het overlijden ten grondslag liggende doodsoorzaak wordt onder c genoteerd.*

1a. Aandoening of complicatie, die (tenslotte) tot de dood heeft geleid	(a) (veroorzaakt door/gevolg van)	Duur tussen begin ziekte en overlijden (bij benadering):
b. Eventuele aandoeningen of complicaties, die hebben geleid tot de onder a vermelde toestand	(b) (veroorzaakt door/gevolg van)
c. Aan het overlijden ten grondslag liggende doodsoorzaak	(c)
2. Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, die tot de dood hebben bijgedragen, maar niet met de onder 1 genoemde aandoening in causaal verband staan	2

Fig. 3. Suggestie voor Nederlandse bewerking van afdeling D van het internationale doodsoorzaakformulier.

In de huidige uitvoering vraagt het formulier hoeveel levend-, dan wel doodgeboren kinderen een overleden vrouw ter wereld heeft gebracht. Deze vraag is zonder twijfel vroeger met een zeer bepaalde bedoeling, wellicht ten behoeve van een voorgenomen onderzoek, in het formulier opgenomen. De zin ervan is niet meer duidelijk. Wie het niet invult, ontvangt geen verzoek het ontbrekende aan te vullen. Deze vraag dient, liefst spoedig, te worden verwijderd. Zij doet denken aan de schildwacht die op een bepaalde plaats in de tuin van het tsarenpaleis placht te staan zonder dat de bedoeling daarvan bekend was. Nasporing leerde dat de tsarina een bloempje dat daar lange tijd tevoren had gestaan wilde laten beschermen.

De achterzijde van het formulier vermeldt enkele voorbeelden van aandoeningen, die in de bedoelde omgekeerde „sequence of events” tot de juiste „onderliggende doodsoorzaak” leiden. Het verdient aanbeveling deze voorbeelden op te nemen direct bij het onderdeel waarop zij betrekking hebben, namelijk bij de hierboven besproken afdeling D.

In onderdeel A van het formulier wordt geïnformeerd naar de plaats van overlijden: al of niet in een ziekenhuis. Het lijkt wenselijk hierbij duidelijk te maken of een verpleeghuis in dit geval al of niet als ziekenhuis wordt beschouwd.

SUMMARY

The certificate of the cause of death. – The form of the certificate of the cause of death is rightly regarded as ‘user-unfriendly’. Its wording wrongly gives the impression that the question regarding ‘the disease directly causing the death’ is of predominant importance. As a rule, this is not the case. A few simple proposals of alteration are made with the intention to render the form more acceptable to the user.

LITERATUUR

¹ Dunning AJ. Anatomische les. NRC/Handelsblad 1983 mei 26.

² World Health Organization. International classification of diseases, injuries and causes of death. 9th revision. Geneva: WHO, 1977.

April 1985

Tamponziekte zonder tampon; het toxische-shocksyndroom op de kinderleeftijd

A.P. BOS, A.J. VAN VUGHT, C.C.E. DE JONG-DE VOS VAN STEENWIJK EN J.J. ROORD

Inleiding

In 1978 beschreven Todd et al. bij 7 kinderen in de leeftijd van 8 tot 17 jaar een ziektebeeld, dat werd gekenmerkt door hoge koorts, hoofdpijn, hyperemie van de conjunctivae, een diffuus maculair exantheem met vervellingen, braken, waterige diarree, lever- en nierfunctiestoornissen, intravasale stolling en ernstige shock.¹ Zij noemden dit ziektebeeld het „toxic shock syndrome” (TSS) en zij vermoedden dat het verband hield met toxinen geproduceerd door *Staphylococcus aureus*-stammen van faaggroep I.

In het begin van de jaren tachtig werd het ziektebeeld in toenemende mate beschreven bij jonge vrouwen en werd de relatie gelegd tussen de menses, tampongebruik en kolonisatie van de vagina met *Staphylococcus aureus*.² Deze associatie leidde tot de verwarrende naam „tamponziekte”. In dit tijdschrift werd daaraan aandacht besteed door Van Ketel en De

SAMENVATTING

De ziektegeschiedenissen van 3 kinderen met het toxische-shocksyndroom worden beschreven. Ingegaan wordt op de klinische symptomen, de differentieële diagnostiek en de bacteriologische aspecten. Vroegtijdige herkenning is van belang, omdat de prognose gunstig wordt beïnvloed door een tijdige symptomatische en ondersteunende therapie. Bij twee van de drie patiënten was hemodialyse, bij één ondersteuning van de ademhaling noodzakelijk.

Geus.^{3,4} Het TSS komt zeker ook op de kinderleeftijd voor. De volgende ziektegeschiedenissen leggen daar nog eens de nadruk op.

Ziektegeschiedenissen

Patiënte A werd op de leeftijd van 11 jaar opgenomen. Enkele jaren tevoren was zij klinisch geobserveerd wegens buikpijn-aanvallen en diarree. Drie dagen vóór opname had zij buikpijn gekregen met koude rillingen, doch zonder koorts. Na enkele dagen begon zij te braken en kreeg zij waterdunne diarree. De volgende ochtend was haar temperatuur opgelopen tot 40,5°C, waarna zij elders werd opgenomen. De menarche had zich bij haar nog niet voorgedaan.

Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht.
Afd. Intensive Care Algemene Pediatrie: A.P. Bos, A.J. van Vught en C.C.E. de Jong-de Vos van Steenwijk, kinderartsen.

Afd. Immunologie en Infectieziekten: J.J. Roord, kinderarts.

Correspondentie-adres: A.P. Bos, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde, Gordelweg 160, 3038 GE Rotterdam.