

Perinatale sterfte op Urk

Met grote belangstelling las ik het artikel van Dekker et al. over de gevallen van perinatale sterfte op Urk gedurende 10 jaar (H&W 2003(4):191-5). De gegevens, afkomstig uit een betrekkelijk geïsoleerde en daardoor scherp omgrensde gemeenschap waarin de eerstelijns verloskundige zorg door huisartsen wordt gegeven, vormen een belangrijke aanvulling op soortgelijke gegevens van andere regio's.

De auteurs vermelden dat bij het CBS een onderreportage bleek te bestaan van 6,1%. Die zou lager zijn dan in 'oudere onderzoeken'. Zo gesteld kan de indruk ontstaan dat het hier gaat om een tekortkoming van het CBS of de registratieprocedure. In de jaren 80 verrichtten Doornbos et al. een onderzoek naar de betrouwbaarheid van de registratie van de perinatale sterfte in de 13 Amsterdamse ziekenhuizen.¹ De thuisbevalling kon niet worden onderzocht, maar de geregistreerde perinatale sterfte thuis bedroeg slechts 5% van alle sterfgevallen. Het is voorzover mij bekend het enige Nederlandse onderzoek waarbij zowel de individuele gegevens van de ziekenhuizen (partusboeken, patiëntenstatus) konden worden betrokken als ook de individuele gegevens van de burgerlijke stand en van het CBS (met corresponderende aktenummers). Er bleek bij het CBS een onderrapportage te zijn van 49 gevallen (14,3%), waarbij zeer kleine, immature en binnen 24 uur overleden kinderen sterk oververtegenwoordigd waren, evenals kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders. Die kinderen waren niet in de CBS-registratie van de perinatale sterfte opgenomen omdat ze niet bij de burgerlijke stand waren aangegeven. Het betrof dus niet een fout van het CBS, maar van de vader en van de behandelend arts of het ziekenhuis. Die zijn immers allen wettelijk verplicht tot aangifte. Hieruit kan ook geconcludeerd worden dat in een regio waar geen intensive care neonatologie is en waar weinig emigranten uit de genoemde landen zijn, ook relatief weinig onderrapportage kan worden verwacht.

Dat de onderrapportage in Urk nu lager is dan in Amsterdam 20 jaar geleden betekent dus niet dat de registratie van de perinatale sterfte de laatste decennia verbeterd is.

P.E. Treffers

1 Doornbos JPR, Nordbeck HJ, Treffers PE. *The reliability of perinatal mortality statistics in the Netherlands. Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1183-7. Ook gepubliceerd in *het Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:913-7.

Antwoord

Ten aanzien van het CBS hebben wij ons beperkt tot het vermelden van het percentage door ons gevonden onderrapportage van het CBS in het beschreven onderzoek. Wij hebben daar geen waardeoordeel over uitgesproken, dat was niet onze vraagstelling. Wij stellen ook niet dat de registratie van perinatale sterfte de laatste decennia is verbeterd. Wel hebben wij een pleidooi gehouden voor optimalisering van die registratie.

C.J. Dekker

Cardiovasculaire risicofactoren bij 60-jarigen

Veerman et al. bestudeerden het cardiovasculaire risicoprofiel van 60-jarigen die *niet* bij de huisarts bekend waren met een risicofactor (H&W 2003(4):187-90). Ze concluderen dat de strategie van *Preventie Maatwerk* om personen met een hoog risico op te sporen door bij 60-jarigen de bloeddruk te meten, niet zinvol is. Het identificeren van rokende mannen is volgens hen een betere methode.

Het doel van de bloeddrukmetingen in het HVZ-project was echter om personen met verhoogde bloeddruk op te sporen en niet zozeer personen met een hoog risico.¹ De CBO-consensus laat zien dat medicamenteuze behandeling van verhoogde bloeddruk al (kosten)effectief is bij een matig risico en adviseert daarom bij 60-plussers vijfjaarlijks de bloeddruk te meten. Hard bewijs voor deze richtlijn ontbreekt, maar wat meespeelt is dat 10-30% van de 60-plussers een onbehandelde verhoogde bloeddruk heeft.²⁻⁴ Veer-

man et al. adviseren terecht om aandacht te besteden aan rokers. Die aandacht mag niet ten koste gaan van het meten van de bloeddruk bij ouderen die niet roken, want de meeste mensen met hypertensie roken niet.⁵ Overigens is de onderzoekspopulatie van Veerman et al. niet representatief, omdat 69% van de 60-jarige mannen rookte terwijl dat landelijk 30-35% is.^{2,4,6} De CBO-risicotabellen geven echter de indruk dat de conclusies van de auteurs juist zijn.

Verder is van belang dat het onderzoek van Veerman et al. niet het hart van het HVZ-project raakt. Het hoofddoel van het HVZ-project was om een compleet risicoprofiel op te stellen bij personen die *wel* bij de huisarts bekend zijn met een risicofactor.¹ Personen alleen bekend met roken kwamen niet in aanmerking, omdat zij in eerste instantie vooral zijn gebaat met een stoppen-met-roken-interventie. Implementatie van stoppen-met-roken-interventies was onderdeel van het project. Screenen was in het project van ondergeschikt belang en bleef beperkt tot het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen zonder eerder bekende risicofactoren.

Het is hoog tijd voor een nieuw HVZ-project waarin geleidelijk alle aspecten van zinvol cardiovasculair risicomanagement aan de orde komen. Verbeteren van de zorgverlening aan patiënten met al bekende risicofactoren is noodzakelijk en had door de LHV-ledenvergadering niet met het badwater (de screening) mogen worden weggegooid.^{1,4,5}

Bernard Frijling, Ton Drenthen,
Louwrens Boomsma

1 Frijling BD, Grol R, Hoes AW, Van Lidth de Jeude CP, Drenthen AJM. *De strijd om de bloeddrukmeting. Systematische preventie van hart- en vaatziekten moet doorgaan. Medisch Contact* 2000;55:889-92.

2 Mennen LI, Witteman JCM, Geleijnse JM, Stolk RP, Visser MC, Grobbee DE. *Risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij ouderen: het ERGO-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:1983-8.

3 Heesen WF. *Isolated systolic hypertension. Pathophysiology and effects of treatment (Profeschrift). Gro-*