

nen zijn tussen bedoelde grotere toegankelijkheid van de bevolking voor de moderne geneeskunde enerzijds en de perinatale sterfte anderzijds. Met behulp van multiële correlatierekening is daarom onderzocht of de gevonden samenhang tussen hospitalisatie van de barenden en de perinatale sterfte in stand bleef indien de eventuele invloed van deze opnamecoëfficiënt (lees: toegankelijkheid voor de moderne geneeskunde) zou zijn geëlimineerd. Dit bleek het geval te zijn en wij hebben gemeend, dat dit steun geeft aan de veronderstelling dat het gevonden verband als causaal mag worden beschouwd.

6. Een hoge correlatiecoëfficiënt zal nooit mogen worden gehanteerd als bewijs voor een causaal verband. Wij hebben daarop ook duidelijk gewezen. Het vermoeden van het bestaan van een dergelijk verband wordt echter sterker als men het cijfermateriaal op verschillende, van elkaar onafhankelijke wijzen benadert en telkens tot overeenkomstige uitkomsten geraakt.

De conclusie uit tabel 7 van het artikel van TREFFERS (1978), waarin een aantal steden afzonderlijk worden bezien, heeft niet veel indruk op ons kunnen maken. TREFFERS en BREUR noemen dit „naar bevolkingsaantal gestandaardiseerde” gemeenten. De betekenis van dit laatste blijkt gelegen in het simpele feit, dat ze alle meer dan 100.000 inwoners tellen. De cijfers van genoemde tabel zijn echter niet gestandaardiseerd naar leeftijd van de moeder en geboorteringnummer van het kind. Dit laatste lijkt van veel belang. Als voorbeeld diene het volgende. In 1971-1973 bedroeg de doodgeboorte van 2e en 3e kinderen, geboren uit moeders van 34 jaar en jonger, 6,7%, terwijl de mortaliteit van eerstgeborenen uit moeders van 30 jaar en ouder bijna 3 maal zo hoog, nl. 19,2% beliep. De perinatale sterfte van deze beide groepen kinderen bedroeg resp. 13,4 en 30,1%. Bij dergelijke grote verschillen in perinatale sterfte zal men óf uitsluitend cijfermateriaal dienen te gebruiken, dat vergelijkbaar is gemaakt door standaardisatie naar leeftijd van de moeder en rangnummer van het kind, óf men zal uitsluitend gemeenten met een overeenkomstige leeftijdrangnummer-verdeling met elkaar dienen te vergelijken. Het is echter moeilijk om aan te nemen dat de leeftijd-rangnummervdeling in de genoemde gemeenten weinig of niet uiteen zal lopen. Er is vooral reden om een aanzienlijke incongruentie te veronderstellen, als men bedenkt dat in 1971-1974 het geboortecijfer, berekend per 1000 vrouwen van 15-44 jaar in Amsterdam 53 bedroeg, in 's-Gravenhage 54, in Maastricht 55, maar in Dordrecht, Apeldoorn en Enschede resp. 70, 74 en 74. Dit cijfer was in laatstgenoemde gemeenten dus niet minder dan 40% hoger dan in Amsterdam.

Wij menen dan ook dat het ontbreken van een duidelijke correlatie tussen de ongestandaardiseerde gegevens van de grote steden — zoals genoemd aan het einde van punt 6 van het „ingezonden” — van weinig betekenis is.

7. Wij hebben gemeend, dat de uitkomsten van de berekeningen (HOOGENDOORN 1978) steun geven aan de veronderstelling dat „een verdere toeneming van de hospitalisatie van de barenden, vooral in provincies waar deze is achtergebleven, een verdere daling van de perinatale sterfte tot gevolg zal hebben”. Niet meer en niet minder. Het moet ons van het hart, dat de kritiek van TREFFERS en BREUR hierin geen verandering heeft kunnen brengen.

Het is ons niet duidelijk, waarom de resultaten van een statistische analyse over het verband tussen beide grootheden niet op normale wijze zou mogen worden doorgegeven. Dit behoeft anderen allermindst te weerhouden om met alle hiertoe geschikte middelen te trachten de perinatale sterfte verder te doen dalen. Dit geldt zowel bij een situatie, waarin

60% van de barenden wordt gehospitaliseerd als bij een volledige hospitalisatie.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1171. — TREFFERS, P. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 291. — *World Health Statistics Annual 1971-1975*. Vol. I. World Health Organisation, Genève.

Wijhe (Ov.)
Voorburg, oktober 1978

D. HOOGENDOORN
C. A. W. CITTEUR

Resultaten bij acupunctuur?

Met zijn artikel heeft collega VAN DIJK (1978) ons een belangwekkende beschrijving gegeven van het soort patiënten dat zich — althans in Haarlem — door acupunctuur laat behandelen (ongodsdienstige, intellectuele vrouwen van middelbare leeftijd). Had hij het daarbij gelaten, dan zou zijn bijdrage zonder meer als „waardevol” gekwalificeerd kunnen worden. Uit de laatste alinea van zijn artikel blijkt echter pas dat VAN DIJK behalve het „inzicht krijgen in enige variabelen bij de acupunctuurbehandeling” ook nog de bedoeling had „wegen te vinden om resultaten van behandeling te kunnen beoordelen”. In dit laatste opzicht is het onderzoek echter niet meer geworden dan een — ongetwijfeld goed bedoelde — poging.

VAN DIJK volgde de methode van de retrospectieve cohortstudie (MACMAHON en PUGH 1970). Opgemerkt zij echter in de eerste plaats dat het een zeer bijzonder cohort is geworden, namelijk van patiënten die zichzelf hebben aangemeld en dus kennelijk: (a) hiertoe gemotiveerd waren, (b) vertrouwen hadden in de behandeling, (c) het geld hadden voor de behandeling, en (d) de tijd ervoor hadden. Veel erger is dat de resultaten op geen enkele manier vergeleken worden met die van een controlegroep. Als VAN DIJK constateert dat in 31 à 34 procent van de gevallen de hoofdpijn van patiënten verdween na acupunctuur, blijkt nergens uit, dat dit meer is dan het percentage dat spontaan zou zijn genezen. (Misschien is het zelfs wel minder!) Ik geef toe dat het onderzoek wel ingewikkelder zou worden als men hiermee ook nog rekening moet houden. Maar het is nu eenmaal niet anders. Gelukkig bestaan er echter boeken over dit onderwerp. Men leze hiertoe behalve MACMAHON en PUGH (1970) ook, bij voorbeeld, CAMPBELL en STANLEY (1966).

Tenslotte is het toch ook wel een tekortkoming van VAN DIJK's methode om het resultaat alleen op subjectieve gronden te meten. Dit gebeurde kennelijk om „het eigen karakter van de methode te respecteren”. Doelt VAN DIJK hiermee op een onvermogen van de behandeling om objectief aantoonbare veranderingen te bewerkstelligen? VAN DIJK loopt door deze benadering onder meer voorbij aan het feit, dat iemand die zich gedurende 15 zittingen op 50 km afstand van zijn woonplaats heeft laten behandelen à raison van 50 gulden per zitting, zichzelf toch wel goed voor schut zet als hij achteraf zou toegeven dat hij niet op zijn minst een „lichte verbetering” heeft opgemerkt.

Een behandelingsmethode waar zo'n 700 acupuncturisten, waaronder 400 artsen, per jaar gemiddeld f 70.000 aan verdienen (zoals uit VAN DIJK's cijfers blijkt), heeft recht op een betere evaluatie.

Literatuur: CAMPBELL, D. T. en J. C. STANLEY (1966) *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally, Chicago. — DIJK, P. A. VAN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1442. — MACMAHON, B. en T. F. PUGH

Rotterdam, oktober 1978

E. R. DE WINTER

DE WINTER heeft gelijk als hij stelt dat het percentage spontaan genezen patiënten in een controlegroep mogelijk net zo groot of groter is dan het percentage patiënten dat met acupunctuur is behandeld. Nergens in het artikel vindt men dan ook een zinsnede waarin gesteld wordt dat deze acupunctuurbehandeling zulke grote resultaten oplevert. In de nabeschuiving wordt duidelijk aangegeven dat het om een exploratief onderzoek gaat. Bij verder onderzoek zal het inderdaad belangrijk zijn om met controlegroepen te werken. Wanneer dit gebeurt hoop ik samen met DE WINTER dat de evaluatie van de resultaten tot eenduidige conclusies kan leiden.

Overigens ben ik ook zonder controlegroepen al blij dat 34 à 41% van de klachten die bij 60% van de patiënten langer dan 5 jaar bestaan en bij wie andere therapieën niet meer baten, gunstig reageren op de behandeling. Voor mij mag het dan ook een placebo-effect zijn.

Wanneer er daarbij een vraagteken wordt gezet of de subjectieve beoordeling de werkelijkheid wel juist weergeeft, dan lijkt me een vraagteken bij de zg. objectieve meting nog meer op zijn plaats.

Utrecht, oktober 1978

P. VAN DIJK

De smalle marges van het praktizeren

Het commentaar van prof. BIRKENHÄGER (1978) heb ik met veel genoegen en belangstelling gelezen. De wijze waarop hij de nuances van een controverse schildert pro en contra actief speuren naar hypertensie, zonder daarbij aan zijn eigen uitgesproken mening afbreuk te doen, verdient alle lof. Daarbij voedt hij deze discussie door het introduceren van het begrip „existentialistische argumenten” in deze. Een zeer stimulerende benadering, al ben ik het niet eens met het gepolariseerde onderscheid tussen existentialistische en natuurwetenschappelijke argumenten zoals BIRKENHÄGER dat doet. Hij suggereert dat existentialistische argumenten uitsluitend door tegenstanders van actief screenen op hypertensie worden aangevoerd en dat hun argumenten contra, nagenoeg uitsluitend existentialistisch van aard zijn.

Het vraagstuk van de risicofactor hypertensie is in z'n essentie een existentialistisch vraagstuk. De bevinding dat een verhoogde bloeddruk samengaat met een verhoogde frequentie van mors subita en beschadiging van organen als retina, nieren en hart geeft aanleiding tot de vóóronderstelling, dat verlaging van bloeddruk zal leiden tot een vermindering van de gevonden mortaliteit en morbiditeit. Wat deze vóóronderstelling zo aantrekkelijk maakt, is niet zozeer het ongeschonden houden van orgaansystemen maar de positieve bijdrage die hierdoor geleverd wordt aan de wordingsmogelijkheden van de mens: de mens „is” niet maar „wordt”, in de opvatting van de existentialisten. De mens is wat hij van zichzelf maakt, zoals SARTRE het uitdrukt. Denkend langs deze lijnen zou het best kunnen zijn dat interventie bij verhoogde bloeddruk — en daarbij dan ook het actief speuren naar verhoogde bloeddruk — een waardevolle bijdrage levert.

Er dient dan wel aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan:

1. De interventie bij hypertensie dient inderdaad te lei-

den tot een afname van de gesignaleerde verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

2. Het middel dient niet erger te zijn dan de kwaal: het voor de menselijke wording belemmerende effect van de morbiditeit dient groter te zijn dan het nadeel van opsporing, diagnose en behandeling bij elkaar.

Het eerste punt is een essentieel natuurwetenschappelijk probleem. Tegenstanders van een actief speuren naar hypertensie kunnen dan ook een valide natuurwetenschappelijk argument ontlenen aan de Veteran Administration Study (1972). Hun eigen woorden weergevend: „The incidence of morbid events was much less in the control series of patients presenting without abnormalities. In this subsample, 16% of the control patients developed a major complication, as opposed to 8% of the treated. The difference is not statistically significant, although the trend of 50% effectiveness of treatment is similar to that found in the group with preexisting abnormalities.” De effectiviteit, en dientengevolge de zin van het behandelen van gezonde individuen met een verhoogde bloeddruk lijken dus momenteel onduidelijk. En het is juist deze groep hypertensieven die bij screenen van de algemene populatie — door huisarts of anderen — ontdekt zal worden.

De tweede voorwaarde lijkt aanmerkelijk moeilijker te vangen in een éénduidig onderzoek. Het gaat daarbij niet alleen om degenen bij wie de diagnose hypertensie is gesteld en die mogelijk belemmerd worden door de diagnose (stigma) en de behandeling. De totale groep personen die gescreend wordt zou daarvan best eens negatieve gevolgen kunnen ondervinden. Aanwijzingen daartoe zijn zeker aanwezig, zoals ik elders beschreven heb (VAN WEEL 1977). Het is m.i. wenselijk meer informatie te verzamelen over beide aspecten. Op grond van deze informatie zal er een keuze worden gemaakt. Het zou dan best eens kunnen zijn dat ik me op grond daarvan aan de zijde van BIRKENHÄGER schaar. Op dit moment geven de feiten me daartoe echter geen aanleiding en meen ik dat een grote terughoudendheid gewenst is bij het lanceren van opsporingscampagnes.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 760. — Veteran Administration Cooperative Study Group on antihypertensive agents (1972) *Circulation* 45, 991. — WEEL, C. VAN (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 2.

Rotterdam, augustus 1978

C. VAN WEEL

De kanttekening van collega VAN WEEL geeft het dilemma duidelijk weer en nodigt daarom uit tot een verdere motivering. Inzenders observatie dat een hang naar interventie evenzeer existentialistisch georiënteerd kan zijn als het afwijzen ervan wil ik gaarne incasseren. Niet dat hierdoor de controverse er minder op wordt, want hiermee ontstaat bijna automatisch een patstelling in het hanteren van het bewijsmateriaal. Dit geldt vooral voor de tweede door collega VAN WEEL gestelde voorwaarde. Existentialisme houdt zich hier bezig met een analyse van de kwaliteit van het leven, namens de persoon wiens levensgewoonten men beïnvloedt en wiens levensverwachting men probeert te verbeteren. Dit proces speelt zich af in een „black box”, met een „input” en een „output” die dermate heterogeen zijn, dat men zich geen enkele illusie behoeft te maken over de overtuigingskracht van de uitkomsten. Zelfs bij de meest elementaire probleemstelling raakt men verstrikt in het gegeven dat de correlaties voor het individu niet kunnen opgaan en dat men bij het overzien van de collectieve