

zondheidsraad (1978) *Advies inzake acupunctuur*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. — KEPES, E. R., M. CHEN en M. SCHAPIRA (1976) In: *Advances in pain research and therapy*, Vol. 1. Raven Press, New York. — LEE, D. K., T. W. ANDERSON en J. H. MODEL (1975) *J. Amer. med. Ass.* 232, 1133. — MURPHY, T. M. (1976) In: *Advances in pain research and therapy*, Vol. 1. Raven Press, New York. — WINTER, E. R. DE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1859.

Monnickendam, november 1978 C. G. VAN DER PLAS

In een vorige reactie in dit tijdschrift (1978) heb ik reeds beaamd dat voor het aantonen van effect bij acupunctuurbehandeling controlegroepen noodzakelijk zijn. In mijn artikel is om praktische redenen niet gekozen voor controlegroepen. Dit heeft ook zijn consequenties op de interpretatie van de gepresenteerde cijfers. In het artikel ligt dan ook nergens de pretentie resultaten van acupunctuur nu objectief aangetoond te hebben. Het is een weergave van wat patiënten vinden wat het effect van de behandeling op hun klachten is (geweest).

VAN DER PLAS had graag meer gedetailleerde gegevens gezien. Deze waren oorspronkelijk ook in het artikel verwerkt. Wegens de beschikbare ruimte en voor de overzichtelijkheid moest echter gekozen worden voor een beperkt aantal tabellen en niet al te gedetailleerde beschrijvingen. Dit zelfde geldt voor de verwijzing naar andere onderzoeken. Meer gespecificeerde gegevens en een zeer uitgebreide literatuurlijst zijn verkrijgbaar bij ondergetekende.

Literatuur: DIJK, P. A. VAN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1860.

Utrecht, januari 1979 P. A. VAN DIJK

VAN DIJK's repliek (1978b) vraagt om een korte dupliek: Inderdaad stel hij nergens expliciet „dat deze acupunctuurbehandeling zulke grote resultaten oplevert”. De

hoge percentages die hij in zijn artikel (1978a) noemt, suggereren dat echter wel. Als zorgvuldig auteur had VAN DIJK voor misinterpretatie moeten waarschuwen. Als hij met mij de mogelijkheid aanwezig acht dat zijn genezingspercentages wel eens uitsluitend een placebo-effect zouden kunnen weergeven, zijn wij het wat dat betreft eens.

Tenslotte: Ik zette een vraagteken bij subjectieve beoordelingen. VAN DIJK doet dat bij objectieve metingen. Ligt de waarheid dus weer in het midden? Hebben beide methoden zo hun voor- en nadelen? Nee, collega VAN DIJK. In de wetenschap zijn objectieve metingen de enige waarheid. Als iets werkt, moet dat ook objectief zijn aan te tonen. Bij de zg. „alternatieve geneeswijzen” is dat nooit gebeurd. Men zou alternatieve geneeswijzen dan ook kunnen definiëren als „die geneeswijzen waarvan de werkzaamheid niet is aangetoond”. Door het accepteren van subjectieve beoordelingen brengt VAN DIJK de acupunctuur op het gebied van de magie. Ik ben op dat gebied geheel ondeskundig en kan aan verdere discussie over dat onderwerp dan ook niet deelnemen.

Literatuur DIJK, P. VAN (1978a) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1442; (1978b) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1860.

Rotterdam, november 1978 E. R. DE WINTER

Mijns inziens verwacht DE WINTER in zijn korte dupliek twee zaken. Er bestaan objectieve (bv. dubbelblind onderzoek) en subjectieve (onwetenschappelijke) methoden van onderzoek en er zijn objectieve (bv. bloedbeeld) en subjectieve (bv. de patiënt voelt minder pijn) criteria op grond waarvan men kan stellen dat iemand verbeterd is. Men spreekt van wetenschap wanneer er sprake is van objectieve methoden van onderzoek. Daarbij is het zeker ook mogelijk objectieve methoden van onderzoek toe te passen op gegevens die van de patiënt zijn verkregen (subjectieve criteria). Dit laatste is door mij bedoeld en dit heeft niets te maken met magie zoals DE WINTER suggereert.

Utrecht, januari 1979 P. A. VAN DIJK

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

De bedrieglijkheid van de 5-jaarsoverlevingskans bij longkanker. — Een patiënt met operabel bronchuscarcinoom kan of operatief worden behandeld, of worden bestraald. Bij deze keuze geeft de opvatting van de arts dat opereren beter is meestal de doorslag. Hij vindt steun voor deze opvatting in de grotere 5-jaarsoverlevingskans na operatieve behandeling. Het welbevinden van de patiënt na een van beide behandelingsmethoden verschilt weinig en er zijn geen hinderlijke gevolgen van de behandelingen te verwachten die eventueel mee de keuze kunnen bepalen. Het percentage van de 5-jaarsoverlevingskans geeft echter geen inlichtingen over de sterftekans in de eerste 5 jaar, terwijl het voor de patiënt juist belangrijk is om te weten in welke periode van de eerste 5 jaar de grootste sterftekans liggen. Tevens verdoezelt het getal een beetje het sterfterisico dat aan de operatie is verbonden.

Voor de patiënt kan het leven nú van meer betekenis zijn

dan kansen op leven in de toekomst. B. J. McNEIL e.a. (*New Engl. J. Med.* (1978) 299, 1937) hebben getracht om de houding van de patiënt ten aanzien van dit risicovraagstuk te meten. Samen met de sterftekans in de verschillende periodes na de behandeling leverde dit de gegevens op voor het berekenen van een maat van de doeltreffendheid van de behandeling voor één bepaalde patiënt. Hiertoe hebben zij aan 16 patiënten met bronchuscarcinoom die reeds behandeld waren (8 bestraald en 6 geopereerd), gevraagd hoelang de periode moest zijn waarin zij zeker zouden zijn te blijven leven die zij gelijkwaardig achtten aan een 50-50 kans op een vroegere sterfte of op langere levensperiode. Van elke patiënt werden op deze wijze een aantal uitspraken verkregen over het traject van de voor de leeftijd van de patiënten (48-80 jaar) geldende normale overlevingstijd. De neiging van de patiënt om risico's te nemen of te mijden volgt uit de afwijking van de door de patiënt gekozen tijdsperiode van de helft van de hem voorgelegde keuzeperiode. Van de 14 patiënten bleken er 12 risico-mijdend te zijn; 2 wilden slechts risico's aanvaarden voor de eerste jaren na de opera-