

matige besprekingen tussen de betrokkenen; correcties in groep B zijn voorlopig alleen mogelijk door een verbetering van scholing en nascholing”.

Naar onze mening blijft veel in dit artikel onduidelijk. Ook wij menen dat verbeteringen in de verloskundige zorg in Nederland wenselijk zijn en dat goede gerichte scholing en nascholing noodzakelijk zijn. De basis hiervoor dient liefst door wetenschappelijk onderzoek geleverd te worden. De presentatie van de uitkomsten van dergelijk onderzoek dient naar onze mening dan wel tot meer verheldering bij te dragen dan het onderhavige artikel de lezers van dit Tijdschrift heeft geboden.

*Literatuur:* ESKES, T. K. A. B., R. Ph. M. KRAKERS en J. L. H. EVERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1811.

Nijmegen, november 1980

F. J. A. HUYGEN  
J. Th. M. VAN EIJK  
Th. B. VOORN

Onderzoek over vermijdbaarheid is binnen de geneeskunde niet zo populair. Toch menen de ons omringende landen dat juist de discipline voortplanting en verloskunde zich bij uitstek leent tot toetsing, getuige de volgende uitspraak: „For some aspects of general practice audit is clearly possible in obstetrics, for example, where outcome is easily measured in terms of maternal and perinatal morbidity and mortality” (Editorial 1980). Wij maken u attent op het woord „general practice”.

Ons artikel nodigt uit om de representativiteit van ons onderzoek op landelijk niveau te onderzoeken en onze bevindingen te ontkennen of te bevestigen, niets meer en niets minder. Zelden zal derhalve een ingezonden stuk met meer instemming begroet zijn dan dat van collega Huygen c.s. door ondergetekenden.

Terecht maken de schrijvers de lezers er nogmaals op attent dat „het volstrekt onduidelijk blijft uit hoeveel zwangeren groep B (de secundair klinisch ingestuurden) geselecteerd werd”. Zij stellen dan ook terecht dat de bestudeerde patiëntengroep niet representatief geacht mag worden voor Nederland. Dit is ook juist ons grote probleem. Nu wij een overzicht hebben gegeven van het beleid en met name de resultaten daarvan in een tweede-echeloncentrum in Oost-Nederland, willen wij collega Huygen c.s. van het universitaire huisartseninstituut in hetzelfde rayon dan ook gaarne uitnodigen ons de ontbrekende gegevens te verschaffen ten aanzien van het beleid en de resultaten daarvan in de eerste echelon.

Een synthese van die gegevens met de onze zou een uniek inzicht verschaffen in de stand van het verloskundig handelen in dit land met zijn hoge percentage thuisbevallingen, een inzicht dat helaas nog immer ontbreekt in zoverre het de verloskundige zorg in de eerste echelon, met name die door de huisarts, betreft.

Indien besluiten voor onderzoek zouden worden genomen op grond van frequentie-modellen, ligt de perinatale sterfte niet gek. Zo overleden in Nederland in 1977 en 1978 resp. 2246 en 2198 kinderen in de perinatale periode, hetgeen bijv. overeenkomt met de sterfte aan borstkanker (Centraal Bureau voor de Statistiek). Overigens twijfelen wij aan de juistheid van de perinatale sterftecijfers. In een steekproefonderzoek in 1974 te Enschede bleek 31% (!) niet te zijn opgegeven (SMITS 1981).

Wij onderstrepen dan ook de eindconclusie van uw schrijven. Meer verheldering zal nu moeten komen vanuit de eerste echelon. Moge ons artikel daartoe een uitnodiging zijn.

*Literatuur:* Editorial (1980) *Lancet* I, 23. – SMITS, F. (1981) Proefschrift Nijmegen.

Nijmegen, december 1980

T. K. A. B. ESKES  
J. L. H. EVERS  
R. Ph. M. KRAKERS

Het artikel van ESKES, KRAKERS en EVERS (1980) bevat een aantal vooroordelen, verpakt in een wetenschappelijk jasje. Het jasje is daarbij van slechte stof en ondeugdelijke snit, waardoor het een zelfde effect heeft als de kleren van de keizer: het toont de drager in al z'n naaktheid.

Allereerst kritiek op het wetenschappelijke jasje: uit de werkelijk talrijke onduidelijke, onjuiste en oncontroleerbare elementen van genoemde publikatie haal ik er slechts twee naar voren, maar wel twee kernpunten waarop het gehele wankele bouwsel rust, te weten het begrip vermijdbaarheid en de wijze waarop het gehanteerd wordt, de vergelijkende analyse waarop de conclusies van Eskes c.s. zijn gegrondvest.

Het is niet duidelijk wat de schrijvers bedoelen met vermijdbaarheid in relatie tot perinatale sterfte. Spreken zij in de titel over „vermijdbare aspecten” van perinatale sterfte, in de 3e alinea van het artikel is sprake van „het aspect van vermijdbaarheid”. Het begrip als zodanig wordt echter niet omschreven. Het wordt niet duidelijk waar schrijvers het nu eigenlijk over hebben. De criteria met behulp waarvan dit dus niet nader gedefinieerde begrip wordt getoetst aan een aantal sterfgevallen, worden niet geëxpliciteerd. Er wordt gesproken over het scoringssysteem van Hobel e.a. waarbij de niet vermelde criteria blijkbaar in een bepaalde waarde kunnen worden uitgedrukt. Hierbij wordt voor bepaalde factoren een wijziging aangebracht. Welke en door wie? Een niet gedefinieerd begrip wordt met behulp van niet aangegeven criteria door middel van een onduidelijk blijvend scoringssysteem aangewend om een bepaald verschijnsel (de perinatale sterfte) te beoordelen.

Het scoringssysteem is toegepast doordat twee personen (Eskes en Evers) onafhankelijk van elkaar de beschikbare gegevens beoordelen. Mocht deze aanduiding de schijn van objectiviteit willen suggereren, deze objectiviteit valt vermoedelijk weg als antwoord is gegeven op de volgende drie belangrijke vragen: „Hoe onafhankelijk zijn Eskes en Evers van elkaar?” „Hoe onafhankelijk zijn zij van het gewijzigde scoringssysteem?” „Hoe onafhankelijk zijn zij van het (beoogde) gebruik der resultaten?”

Samenvattend moet men stellen dat een niet gedefinieerd begrip op niet controleerbare wijze wordt geoperationaliseerd in een niet voldoende beschreven meetinstrument dat door niet onbevooroordeelde onderzoekers op niet navolgbare wijze wordt toegepast. Was dat niet vermijdbaar met behulp van scholing en nascholing?

De vergelijkende analyse is het tweede kernpunt. De conclusies van Eskes c.s. zijn gebaseerd op de vergelijkende analyse van de perinatale sterfte van twee groepen doodgeboren of in de eerste week overleden kinderen die in het Sint Radboudziekenhuis ter wereld kwamen. De eerste groep (A) is afkomstig van vrouwen die hun prenatale zorg van de kant van het ziekenhuis ontvingen; de tweede groep (B) werd door vroedvrouwen en huisartsen gecontroleerd en werd in een laat stadium van de zwangerschap wegens *geconstateerde complicaties* naar het ziekenhuis verwezen.

Dat deze twee groepen op zoveel eigenschappen verschillen dat hieruit geen statistisch gefundeerde conclusies zijn te trekken weten Eskes e.a. natuurlijk net zo goed als ik. In feite doen zij dat ook niet, al wekken zij met het

vermelden van de percentages perinatale sterfte wel die indruk. Het hoofdbezwaar dient zich te richten op de onvolledigheid, of meer nog op het selectieve karakter van de weergave van de analyse. Aangenomen mag worden dat alle 46 sterfgevallen van groep A en alle 25 sterfgevallen van groep B geanalyseerd werden. Waarom worden niet van al deze gevallen de achtergronden vermeld? Van 43 intra-uterien overleden kinderen worden er acht vermijdbaar geacht. Waarom de 35 resterenden niet? Er overleden 60 kinderen in de premature periode (28-38 weken) met een gewicht van minder dan 2500 gram. Veertien worden als vermijdbaar aangeduid, maar waarom overleden de overige 46? Duidelijk blijkt dat het hier niet gaat om een analyse van bestaand materiaal, maar om willekeurige selectie naar een bepaald doel toe.

Na hiermee het wetenschappelijke gehalte van het artikel van Eskes c.s. voldoende te hebben besproken nog iets over de bedoeling. Door de titel, de samenvatting en de tabellen suggereert het artikel dat vroedvrouwen en huisartsen onvoldoende (na)geschoold zijn, zeker in vergelijking met de verloskundige (poli)kliniek van Eskes c.s. Dit heeft tot gevolg dat er jaarlijks bijna een kwart meer kinderen overlijdt dan nodig is (of ruim drie kwart zoals de Engelse samenvatting aangeeft). De niet-kritische lezer loopt het gevaar deze suggestie voor waar te nemen. Voor een dergelijke suggestie kan men de schrijvers verantwoordelijk stellen. Zij uiten deze suggestie omdat zij van mening zijn dat hun verloskundige zorg beter is dan die van vroedvrouwen en huisartsen. Helaas toont hun onderzoek niet anders aan dan dat zij die mening hebben. Maar tevens toont hun artikel aan dat zij, althans in dit geval, niet kritisch en wetenschappelijk hebben kunnen denken en werken.

*Literatuur:* ESKES, T. K. A. B., R. PH. M. KRAKERS EN J. L. H. EVERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1811.

Amsterdam, december 1980

H. O. SIGLING, huisarts

De kritische reactie van collega Sigling op ons artikel hebben wij met belangstelling gelezen. Terecht veronderstelt collega Sigling dat wij van mening zijn dat onze verloskundige zorg beter is dan die van huisartsen en vroedvrouwen. Dit echter vormde in geen enkel opzicht het onderwerp van ons artikel. Wat gesignaleerd wordt is het feit dat er ten aanzien van de verloskundige zorg, door wie ook (niet) verleend, nog correcties zijn aan te brengen welke de kwaliteit van het verloskundig handelen in Nederland op een nog hoger plan zouden kunnen brengen.

De betreurenswaardige uitspraak van Sigling aangaande de „werkelijk talrijke onduidelijke, onjuiste en oncontroleerbare elementen” welke hij in ons artikel meent te hebben bespeurd, zou wellicht te voorkomen geweest zijn indien hij bij de bestudering van ons artikel enige zorgvuldigheid betracht had en indien hij zich de moeite getroost zou hebben de door ons gerefereerde (overigens zeer lezenswaardige) artikelen ter hand te nemen. Desalniettemin willen wij pogen hem alsnog enige duidelijkheid te verschaffen wat betreft de twee knelpunten waarop zijns inziens ons „gehele wankele bouwsel” zou rusten, het begrip vermijdbaarheid en de vergelijkende analyse.

Met vermijdbaarheid van perinatale sterfte is bedoeld dat ten aanzien van een bepaald geval van perinatale sterfte voorkomen had kunnen worden dat deze plaats zou hebben, een definitie overigens welke op geen enkele wijze afwijkt van die welke gemeenlijk in de Nederlandse taal wordt gehanteerd.

Het scoringssysteem volgens Hobel e.a., waar collega Sigling kennelijk voor het eerst mee wordt geconfronteerd, wordt in de verloskunde toegepast om het risico te begroten in een zwangerschap ten aanzien van perinatale mortaliteit en perinatale morbiditeit. Deze Hobel-score wordt onder andere gehanteerd in het fameuze rapport van de Consensus Development Conference, ingesteld door de National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, V.S. in opdracht van het Amerikaanse Ministerie van Volksgezondheid om de waarde te bestuderen van diverse vroegere predictors van foetale nood tijdens zwangerschap en baring. Het desbetreffende originele artikel van Hobel e.a. wordt overigens als eerste genoemd in de literatuurlijst van ons door collega Sigling zo gewraakte artikel en het verwijt van de „niet aangegeven criteria door middel van een onduidelijk scoringssysteem” is ons derhalve volstrekt onduidelijk.

Hetzelfde geldt voor zijn verwijt dat wij niet aangegeven zouden hebben voor welke factoren een wijziging in de Hobel-score werd aangebracht. De regels 22 tot en met 26 van ons artikel vermelden expliciet dat dit de factoren prematuriteit en dysmaturiteit betrof.

Waarom collega Sigling bij ondergetekenden (Eskes en Evers) kwade trouw veronderstelt ten aanzien van hun onafhankelijkheid bij de beoordeling van de door de derde auteur (Krakers) vergaarde gegevens, wordt ons evenmin duidelijk bij het lezen van zijn commentaar, maar wij protesteren met klem tegen zijn opmerking dat wij „niet onbevooroordeeld” zouden zijn en dat wij een „niet gedefinieerd begrip” op niet controleerbare wijze zouden hebben „geoperationaliseerd” (sic!) c.q. „een niet voldoende beschreven meetinstrument (. . .) op niet navolgbare wijze” zouden hebben toegepast.

Wat de vergelijkende analyse betreft het volgende. Dat de door ons bestudeerde groepen (A en B) sterk van elkaar verschillen hebben wij nergens in ons artikel pogen te verhalen, in tegendeel, de regels 32 tot en met 36 leggen er de nadruk nog eens op, terwijl tabel 2 duidelijk toont hoe het intra-uterien overlijden van een kind in groep B vaak pas de reden voor de (late) verwijzing naar onze kliniek vormde.

Als antwoord op de vraag waarom niet van alle 71 sterfgevallen de achtergronden vermeld werden, kan hier volstaan worden met de opmerking dat dit niet alleen minstens vier pagina's extra tabellen vereist zou hebben, maar dat collega Sigling dan nog immer met recht zou kunnen opmerken dat de aldus verschaftte gegevens verre van voldoende zouden zijn om beoordeling van de vermijdbaarheid door derden mogelijk te maken. De eis welke aan een wetenschappelijk artikel dient te worden gesteld is, dat op beknopte en representatieve wijze wordt weergegeven welke bevindingen op welke wijze werden gedaan.

Uiteraard is, zoals overigens bij ieder artikel, de wijze van verslaglegging afhankelijk van de auteurs van het desbetreffende artikel, echter voor de onderhavige studie geldt dat wij naar eer en geweten hebben getracht een maximale objectiviteit in acht te nemen ten aanzien van zulk een controversieel probleem als de vermijdbaarheid van perinatale sterfte. Waarop Sigling zijn insinuatie baseert dat duidelijk zou blijken „dat het hier niet gaat om een analyse van bestaand materiaal, maar om willekeurige selectie naar een bepaald doel toe” zouden wij gaarne van hem vernemen. Uit zijn ingezonden-stuk komt dit helaas niet naar voren.

Onze poging om een aanduiding te geven waar mogelijk een verbetering in de perinatale zorg is aan te brengen, wordt kennelijk door collega Sigling niet gewaardeerd.

Aan dit meest belangrijke aspect van ons artikel gaat hij zonder er kennelijk acht op te slaan voorbij. Toch zou het ook hem aan het denken moeten zetten dat onze perinatale sterftecijfers (groep A + B: 1,9%) alsook die van het ziekenhuis van zijn eigen Vrije Universiteit (1,5%, toevaligerwijze in hetzelfde nummer van het Tijdschrift gepubliceerd op bl. 1852), inclusief het grote aandeel pathologie dat een academisch centrum nu eenmaal aantrekt, en inclusief de cumulatie van wegens veelvoudig mislukte zwangerschappen verwezen patiënten in zulk een centrum, verheugend dicht in de buurt komt van de 1,4% welke over 1977 door het CBS voor heel Nederland werd berekend. Dit laatste geldt met name indien men de 31% „zwarte perinatale sterfte” incalculeert die door Smits werd geconstateerd (zie onze reactie op commentaar Huygen e.a. 1981).

In ons artikel is echter nergens een verwijt te bespeuren in de richting van welke werker in de verloskundige zorg dan ook. Door het signaleren van die casus in een groep gevallen van perinatale sterfte die onzes inziens te vermij-

den waren geweest, hebben wij een aanzet willen geven tot een verdere verbetering van de perinatale zorg in ons land. Wij hebben daarbij een overzicht gegeven van de uitkomst van zwangerschappen welke gedurende twee jaren door de staf van een academisch centrum werden begeleid.

Mét Sigling zouden wij gaarne inzicht krijgen in het exacte hoe en waarom van de perinatale sterfgevallen in Nederland. Wat daartoe ontbreekt zijn de cijfers van de resultaten in de eerste echelon. Immers onze cijfers worden reeds sedert decennia in uitvoerige jaarverslagen vastgelegd en zijn voor iedereen met belangstelling voor een optimale verloskunde steeds ter inzage.

*Literatuur:* ESKES, T. K. A. B., R. PH. M. KRAKERS en J. L. H. EVERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 125, 290.

Nijmegen, december 1980

T. K. A. B. ESKES  
J. L. H. EVERS  
R. PH. M. KRAKERS

## BERICHTEN

### Buitenland

#### DUITSLAND (DDR)

*Standpunt over acupunctuur.* – De Academie van Wetenschappen van de Duitse Democratische Republiek heeft over de acupunctuur de volgende uitspraak gedaan. Het bestaan van acupunctuurpunten is niet wetenschappelijk bewezen en is zelfs niet waarschijnlijk gemaakt. Het effect is niet afhankelijk van bepaalde punten en is van dezelfde orde als van andere suggestieve methoden. Voor de behandeling van patiënten met een ernstige ziekte is acupunctuur ongeschikt en bij infectieziekten, zoals dysenterie, is ze uit hygiënisch oogpunt bedenkelijk. Het effect bij de narcose gaat niet uit boven andere methoden die berusten op hypnose, suggestie of autosuggestie, of inspelen op de hysterische grenssituatie waarin de patiënt voor de operatie verkeert. Elektronarcose en elektro-anesthesie hebben niets uit te staan met acupunctuur. Ook de veronderstelde werking via endogene mediators is niet bewezen. Er bestaat geen aanleiding tot onderzoek naar de werking van de acupunctuur en het onderricht ervan kan bij de opleiding van de artsen absoluut worden gemist. (*Dtsch. med. Wschr.* (1980) 105, 1795.)

Deze uitspraak is nog negatiever dan die van de Artsenkamer van de Duitse Bondsrepubliek (zie *Ned. T. Geneesk.* (1978) 122, 1469).

#### KENYA

*Schedeltrepanaties door de medicijnman in Kenya.* – In de film Maganga (1964) voert een medicijnman in Kenya een schedeltrepanatie uit. Over de authenticiteit van dit filmfragment ontstond een discussie die het instituut voor de geschiedenis der geneeskunde van de Universiteit van Düsseldorf een onderzoek deed instellen. R. MESCHIG (*Dtsch. med. Wschr.* (1980) 105, 1817) spoorde in het oostelijk van het Victoriameer gelegen hoogland rondom de districtshoofdstad Kisii 12 personen op bij wie door een ababaris (schedelopener) trepanatie was verricht, die be-

reid waren inlichtingen te geven. Van 2 patiënten worden röntgenfoto's getoond waarop tot 10 cm grote hiaten in het schedeldak zichtbaar zijn. Bij de ene patiënte (48 jaar) was sinds 1969 tweemaal een trepanatie verricht wegens hoofdpijn, slapeloosheid en verwardheid na een stokslag op het hoofd; omdat de hoofdpijnen waren teruggekeerd werd een nieuwe operatie overwogen. Bij de tweede patiënte (53 jaar) waren sedert 1953 drie trepanaties verricht wegen dezelfde klachten, die na een val op het hoofd waren ontstaan, maar zonder afdoende resultaat. De schrijver woonde een operatie bij die werd verricht door een 70-jarige operateur bij een 9-jarige jongen. Door een zestal helpers, onder wie de moeder, werd de knaap vastgehouden en werd het hoofd gefixeerd. Na wegscheren van het haar en desinfectie van het operatieterrein met bladeren van de omorjaboga-plant werd zonder verdoving een 5 cm lange incisie gemaakt op de plaats van de littekens van een letsel. Een helper hield met de vingers de wondranden uit elkaar, terwijl met een beitel het priost werd teruggeschoven. Daarna werd het bot, met kromgebogen messen, waarvan één zaagtanden had, afgeschaafd. Na een uur pauzeerde de vermoeide ababaris en scherpte hij de messen. De jongen kreeg wat melk en ook de helpers kregen even rust. Na nog een uur werd de operatie gestaakt omdat de veronderstelde fractuurlijn niet zichtbaar werd. De lamina externa van het bot was slechts in geringe mate beschadigd. Voor de bloedstelping werden fijngestampte rioramgera-bladeren gebruikt en de wondranden werden naar elkaar toe gebracht en met een hechtpleister gefixeerd. Na 3 dagen bleek de wond te etteren; de jongen had koorts en een pols van 160 slagen per minuut. De operateur toonde zich tevreden. Het verdere beloop wordt niet vermeld.

Bij alle ondervraagde patiënten was de operatie verricht wegens hoofdpijn, slapeloosheid, duizeligheid e.d. na een schedeltrauma. Geestesziekte bleek geen indicatie te zijn. De onderzoeker schat het aantal trepanaties door de 4 operateurs uit de regio op 200 per jaar waarvan een deel slechts exploratief is, zoals bij de 9-jarige jongen het geval was.