

aan ambtenaren van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid als openbare aanklager van gezondheidswerkers wegens tuchtvergripen geen behoefte meer. Zodra het IKB-stelsel is ingeburgerd, zullen ze ook niet meer met klachten worden overstelt. Als de inspectie bij wijziging van de gezondheidswet een niet meer tot de openbare gezondheidszorg (volksgezondheid) beperkte taak op het gehele terrein van de gezondheidszorg krijgt, zal zij de han-

den vol krijgen met toezicht op alle ziekeninrichtingen en gezondheidscentra. Het wordt tijd dat minister en staatssecretaris het „volkse” deel van hun titel schrappen (net als in Engeland, dat geen Ministry of Public Health, maar een Ministry of Health kent). De World Health Organization (WHO) heeft ook de juiste verwoording van zijn taak verkozen.

Augustus 1978

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### *Geschiedenis van de wetgeving op het gebied van de artsopleiding, het artsexamen en het artsdiploma*

In het laatste deel van zijn historische uiteenzetting naar aanleiding van het artikel van de collegae DRION en DRION (1978) komt LINDEBOOM (1978) tot een aantal belangrijke opmerkingen ten aanzien van het verkrijgen van de doctorstitel in de geneeskunde in ons land. Hij wijst er terecht op dat het schrijven van een dissertatie veelal een exorbitante inspanning vergt en kostbaar is, maar uiteindelijk niet veel meer oplevert dan een titel die tegenover het buitenland nauwelijks enig reliëf geeft aan de prestatie die ervoor geleverd werd. Toch staat het vast dat met name voor een aantal clinici onder de doctores medicinae hun doctorstitel in wezen gelijk is aan het internationaal zoveel meer geapprecieerde PhD van de Amerikanen.

Uiteraard onderkent LINDEBOOM de vele moeilijkheden die zich zullen voordoen wanneer men veranderingen in het vigerende stelsel zou willen aanbrengen. Dat neemt niet weg dat het bijzonder de moeite waard zou zijn om te bezien hoe men de Nederlandse arts ten aanzien van zijn titulatuur op gelijk niveau zou kunnen brengen met zijn Europese collegae en hoe men voorts degenen die de begaafdheid daartoe bezitten en zich de moeite getroosten om wetenschappelijk onderzoek te publiceren op adequate wijze zou kunnen onderscheiden.

Middelerwijl wil ik het pleidooi dat vervat is in het laatste deel van zijn ingezonden stuk gaarne steunen. De vaak veel te hoog opgeschroefde eisen die men hier te lande aan een proefschrift stelt en de dikwijls nodeloos agressieve houding van degenen die geroepen zijn daartegen te opponeren in een openbare zitting, schrikken velen af. Ongetwijfeld ligt daar één van de voornaamste oorzaken van de steeds voortgaande relatieve daling van het aantal promoties aan onze universiteiten waarop minister PAIS wees ter gelegenheid van de recente uitreiking van de Winkler Prins-prijzen.

*Literatuur:* DRION, R. en B. DRION (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1334. — LINDEBOOM, G. A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1818.

Amsterdam, november 1978

G. DEN OTTER

### *Resultaten bij acupunctuurbehandeling*

Wanneer collega VAN DIJK (1978b) inderdaad serieus wegen wil vinden om de resultaten van acupunctuurbehande-

ling te beoordelen, zal hij op zijn minst aandacht moeten geven aan het ontbreken van een controlegroep en mag hij de opmerkingen van collega DE WINTER (1978) niet afdoen met de dooddoener „voor mij mag het placebo-effect zijn”. Het mag dan moeilijk lijken om bij acupunctuurtherapie gecontroleerd onderzoek te doen, door anderen is wel degelijk gewerkt met controlegroepen (die placebo-acupunctuur kregen op willekeurige plaatsen). De resultaten van de placebogroepen zijn in het algemeen zeer goed, dikwijls zelfs gelijk aan die van de echte acupunctuur (LEE e.a. 1975; KEPES e.a. 1976).

Ook bij het vermelden van klinische gegevens en behandelingsresultaten had VAN DIJK (1978a) wel wat nauwkeuriger te werk kunnen gaan. Waarom is geen gedetailleerd overzicht gegeven van de resultaten per klachtencategorie? Wanneer 88% (7 van de 8 patiënten) met de klacht astma/bronchitis „licht tot volledig verbeterd” is, komt toch onmiddellijk de vraag op hoeveel er volledig en hoeveel er slechts licht verbeterd zijn. Tevens vraagt men zich af hoe ernstig de bronchitis wel was. In nog sterkere mate geldt dat voor de 100% licht tot volledig verbeterde in de categorie reumatische klachten. In een eerdere tabel wordt overigens gesproken van reumatoïde artritis; is dit dezelfde groep? Werd er trouwens wel een omschreven diagnose gesteld, of bleef het werk van de intaker beperkt tot het indelen naar klachtencategorie?

Verder ontbreekt in het artikel iedere verwijzing naar andere onderzoeken waarin resultaten van acupunctuurbehandeling worden beschreven. Er is de laatste jaren immers nog ander, goed opgezet, onderzoek gedaan en enige informatie daarover had de lezer toch wel mogen krijgen. Dit ook weer vooral in het kader van het vinden van wegen om de resultaten van de behandeling te beoordelen. Uit het rapport van de Gezondheidsraad (1978) blijkt dat de resultaten van andere onderzoeken wisselend zijn en zeker geen long-term effect van acupunctuur kunnen bewijzen. Hier zij verder slechts verwezen naar het onderzoek van MURPHY (1976), dat qua klachtencategorieën en lengte van de vervolgperiode wel wat lijkt op dat van VAN DIJK. MURPHY omschrijft zijn diagnoses echter duidelijker en hij schakelde bij de behandeling de factor suggestie uit. Na de eerste behandeling was er bij 80% al verbetering merkbaar, na de derde behandeling echter nog maar bij 15%. Bij 4% was er blijvende verbetering. Bij 11% werd de therapie voortgezet. Deze patiënten ervoeren subjectief pijnverlichting, zonder dat dit overigens uit objectieve maatstaven bleek.

*Literatuur:* DIJK, P. A. VAN (1978a) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1442; (1978b) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1860. — Ge-