

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 overgesteld. 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 klinici 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 placebo-groepen 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-

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-