

De oncologen van de chirurgische kliniek in het Academisch Ziekenhuis in Groningen kunnen, theoretisch althans, gemakkelijk een stelling innemen. Zij zijn tegen de alternatieve behandeling van kanker en vinden dat de medische professe zich dienovereenkomstig dient op te stellen (VERMEY e.a. 1979; zie ook Commentaar 1979 en PRINS en MULDER 1979).

Voor een huisarts ligt de zaak iets minder eenvoudig. Er is een andere arts-patiëntrelatie op basis waarvan je niet simpel kunt stellen: ben je het niet met mij eens dan ga je maar. Voor hem is het niet het ene of het andere; hij is genoodzaakt andere facetten mee te laten wegen. Om dit duidelijk te maken: aanvankelijk dacht ik er ook zo over als VERMEY c.s., maar een recente gebeurtenis heeft mij toch tot de mening gedwongen dat alleen zwart of alleen wit niet bestaat. Het betreft een jongetje in mijn praktijk van 9 jaar bij wie een osteosarcoom werd gevonden. Hij onderging een bovenbeenamputatie en de ouders werd geadviseerd zich te melden bij de kinderoncologie in het Academisch Ziekenhuis. Hij zou een kuur met chemotherapie krijgen. De ouders konden zich hier niet mee verenigen. Zij vonden de belasting voor het kind te groot, gemeen aan de overlevingskansen. Er volgde een aantal zeer goede gesprekken tussen hen en mij als hun huisarts, waarbij ik duidelijk gesteld heb hun keuze te zullen respecteren. Vervolgens kozen de ouders voor de Moerman-therapie (dieet) en inspuitingen met maretak (Iscador). Ik heb toen nogmaals gezegd het er niet mee eens te zijn, nogmaals gewezen op de mijns inziens grotere kansen met de „officiële” behandeling, maar ik heb ook gezegd hen in hun keuze te blijven begeleiden en ook gewoon als hun huisarts te zullen blijven optreden.

Het dilemma ontstond toen eigenlijk pas goed: de ouders kwamen met een recept in mijn apotheek (apotheekhoudend huisarts) voor maretak (Iscador). Neem ik op dat moment een ondubbelzinnige positie in (hetgeen betekent *niet* verstrekken), dan verbreek ik daarmee direct de relatie. Wanneer ik het wel verstrek, kan het nl. door het ziekenfonds vergoed worden. Sanctioneer ik dan de alternatieve therapie? Ik heb gekozen voor een tussenoplossing:

1. Wel verstrekken, daar anders dit gezin voor onoverkomelijke financiële lasten zou komen te staan, wat mij toch haast wel door de ouders op ondubbelzinnige wijze werd duidelijk gemaakt. Als huisarts bekleed ik dan een machtspositie welke ik bepaald niet ambieer. Bovendien kan het preparaat door tussenkomst van de apotheekhoudend huisarts door het ziekenfonds vergoed worden.

2. Overigens mijzelf duidelijk van deze gehele „therapie” distantiëren. Dit betekent: niet zelf inspuiten van het spul (zoals via de ouders gevraagd was door de Moerman-artsen(!)). Dit ook duidelijk aan de wijkverpleegster gezegd: niet meewerken.

3. Proberen een relatie te blijven houden. Je bent immers de huisarts, de ouders hebben gevraagd om als zodanig in de toekomst het contact te houden.

Conclusie:

A. Een duidelijke plaatsbepaling voor jezelf vinden is niet gemakkelijk. Vooral punt 1 was moeilijk. Ik heb tenslotte toch gekozen voor het wel verstrekken, na veel wetensconflicten en gesprekken met de ouders. Daarbij maakten de Moerman-artsen het mij niet gemakkelijk door aan de ouders te verklaren dat hun huisarts tegenwerkt in de behandeling van hun zoontje (!).

B. Een duidelijke plaatsbepaling voor de ouders c.q. de patiënten is nog moeilijker. Ze worden gemakkelijk een speelbal en hebben recht op eerlijke voorlichting en respect

ten aanzien van de door hen gedane keuze (afgezien van de vraag of je het er mee eens bent of niet).

C. Een duidelijke plaatsbepaling door de ziekenfondsen. Ze willen wel alternatieve geneesmiddelen vergoeden mits door de eigen huisartsen gesanctioneerd. Dit maakt het juist zo moeilijk. De Moerman-artsen weten dit. Laten daarom zij die voorschrijven, ten minste: a. ook altijd de huisarts inlichten (gebeurt bijna nooit); b. ook zelf behandelen, inspuiten etc. in plaats van dit via de patiënt de huisarts op te dragen; c. ook zelf met de ziekenfondsen de financiële consequenties (toch niet gering) afhandelen. Je kunt dan de situatie vermijden dat de huisarts in een gewetensconflict komt: hij wil de patiënt, die zelf zijn keuze bepaald heeft, niet in de weg gaan staan en wil anderzijds bepaald niet graag „geneesmiddelen” afleveren waar hij zelf niet achter staat.

Uiteraard ben ik het geheel eens met de principiële stellingname van de oncologen van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Misschien kan bovenstaande reactie bijdragen aan de door hen gevraagde discussie over dit onderwerp.

*Literatuur:* Commentaar (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1159. – PRINS, M. E. F. en J. MULDER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1141. – VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Oldemarkt, december 1979

S. YTSMA

Nu steeds meer kankerpatiënten naast de conventionele behandeling gebruik maken van alternatieve methoden als nevenbehandeling, dus gebruik maken van complementaire methoden, menen de Groninger oncologen (VERMEY e.a. 1979) te moeten oproepen tot afwijzing daarvan. Zij vragen daartoe aan de huisartsen om deze patiënten, na uitgebreide informatie, voor het blok te zetten en hun de keuze te laten: of de conventionele, of de alternatieve behandeling. Ze vragen nogal wat! Waarom de complementaire, alternatieve kankerbehandeling afwijzen, als 80% van alle patiënten die deze nevenbehandeling ondergaan, daarop subjectief verbetert, minder moe is, betere eetlust krijgt, zich fitter voelt en hoop krijgt dat het misschien lukken zal, de tumor te overwinnen?

Ijdele hoop...? Bij vele patiënten (met een gemetastaseerd carcinoom) die zich reddeloos en wanhopig voelen, geeft deze hoop weer nieuwe levensmoed. Hoop doet leven. Dat is zeer belangrijk. Meer dan de helft hunner verbetert aanvankelijk ook objectief, de anemie neemt af, de bloedchemie wordt minder pathologisch; al met al verbetert de kwaliteit van het leven. Tegenover elke patiënt, die door de alternatieve nevenbehandeling vooruitgaat, staan zeker 50 mensen die deze vooruitgang opmerken en daaruit hun conclusies trekken! Er zijn ook patiënten die door de conventionele therapie alléén genezen.

Tenslotte is er ook nog een aantal door de conventionele geneeskunde opgegeven patiënten, dat niet geopereerd, bestraald of cytostatisch behandeld is en dat alléén met de Moerman-methode genezen is. Mijn ervaring is, dat de Moerman-therapie, als nevenbehandeling, niet schadelijk is, maar de gezondheid van de patiënt ten goede komt en hem ook kan genezen. Het buiten beschouwing laten van de eetgewoonten der kankerpatiënten is mijns inziens een kunstfout. Wanneer een kankerpatiënt de Moerman-methode als nevenbehandeling wil volgen, omdat hij daarvan de gunstige resultaten gezien of gehoord heeft, mag, moet of kan de huisarts van de kankerpatiënt dan deze Moerman-methode verbieden?

De patiënt een conventionele behandeling onthouden of weigeren, alleen omdat hij ook de Moerman-therapie volgt (dieetbehandeling, vitamines en mineralen) lijkt mij juridisch aanvechtbaar op grond van het schaden van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen.

De zorg van de huisarts is niet primair de evaluatie van geavanceerde en nieuwe behandelingsmethoden van oncologen mogelijk te maken. De zorg van de huisarts geldt wél primair de lichamelijke en geestelijke welstand van de kankerpatiënt te bevorderen. Daarom zal de huisarts nooit aan de oproep der oncologen gevolg kunnen geven om de patiënt voor het blok te zetten. Daarmee zou hij het vertrouwen verspelen, dat de patiënt in zijn huisarts stelt. Ik merk dagelijks hoezeer een kankerpatiënt het van zijn huisarts waardeert, wanneer deze huisarts met het gebruik van de Moerman-methode akkoord gaat. Het wil mij voorkomen dat de Groninger oncologen de toestand van verwijfeling en wanhoop, die de patiënten, in stilte vaak, doormaken niet ten diepste gepild hebben, noch zich er hebben ingeleefd. Deze patiënten zijn vaak radeloos en voelen zich reddeloos. Ik vrees alleen, als hun huisarts hen in zo'n situatie voor het blok zet, dat zij redeloos zullen reageren.

Uit het voorgaande concludeer ik dat de huisarts ook niet in staat zal zijn, de patiënt te overtuigen van de redelijkheid van de voorgestelde keuze: of, of. De patiënten zullen naar ik aanvoel, dit opgedrongen dilemma zien als een gevolg van het denken der Groninger oncologen vanuit een machtspositie. Dit machtsdenken siert een arts niet en zeker niet de oncoloog, die veelal te maken heeft met patiënten die voor hun leven vechten.

Tenslotte Laetrile. Het doet wat „onzuiver” aan als oncologen, die zelf de meest giftige en potentieel meest gevaarlijke geneesmiddelen voorschrijven, zoals cytostatica, gaan praten over de vermeende gevaarlijkheid van Laetrile. Cytostatica hebben hun eigen sterftcijfers, óók bij gebruik volgens voorschrift: beenmergdepressie, agranulocytose enz. Dat heeft Laetrile tenminste niet. Overigens is Laetrile zeker geen wondermiddel.

Kanker tast soma én psyche aan. Een kankerpatiënt, die alleen conventioneel behandeld wordt, kan alleen maar afwachten hoe het verloop zal zijn. De alternatieve kankertherapie geeft de kankerpatiënt een opdracht: het dieet. Hij kan zelf iets doen, zelf een bijdrage leveren in de strijd tegen de kanker. Dat plaatst de patiënt in een heel andere verhouding ten opzichte van zijn ziekte. In plaats van afwachten kan hij meevechten. Dan spelen geneeskunde en geneeskunst samen een rol.

*Literatuur:* VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

De Krim, december 1979

A. RONHAAR

In hun brief aan de redactie vragen VERMEY e.a. (1979) om stellingneming ten aanzien van alternatieve (homeopathische, diëtistische) benaderingen door patiënten tijdens een ingestelde orthodoxe behandeling van een kwaadaardige aandoening.

Patiënt en arts voeren samen de strijd tegen de ziekte waarbij de rollen verdeeld zijn, maar waarin de een niet ondergeschikt is aan de ander. De patiënt vraagt advies, de arts geeft dit naar de kennis en kunde van dat moment. De door de arts aan het advies toegekende waarde berust op gedocumenteerde resultaten, verkregen bij vergelijkbare patiënten.

Wie geneest heeft gelijk. Zogenaamde alternatieve behandelingen worden afgewezen omdat gedocumenteerde gegevens over therapie-effecten ontbreken. Hierover kan men met de patiënt zeer goed overleggen, maar dan zonder blijk te geven van enige irritatie en zonder toepassen van intimidatie. Men kan niet ontkennen dat in onze rationele benadering helaas weinig ruimte is voor zelfwerkzaamheid van de patiënt die actief wil vechten tegen zijn ziekte. Dit is waarschijnlijk de kracht van alternatieve geneeswijzen, waarbij de patiënt een dieet moet volgen, een leefwijze moet nastreven of een ceremonie kan opbouwen, waarmee hij zijn ziekte persoonlijk bevecht of bezweert. Waarom niet? Indien de alternatieve methode niet schadelijk is en zolang de patiënt ook ons advies volgt, kan dit weinig kwaad en wordt mogelijk zijn moreel versterkt.

Zonder ook maar enige concessie te doen aan het rationele denken kan men toch de individuele vrijheid van niet-rationeel handelen respecteren. De patiënt die dit respect ontmoet, durft openlijk zijn alternatief gedrag en handelen te etaleren. De door de auteurs gevreesde invloeden op resultaten van klinische onderzoeken kunnen door goede documentatie worden vastgesteld, terwijl een strikt verbod ten aanzien van alternatieve geneeswijzen de patiënt ervan kan weerhouden hierover openhartig te zijn. Wanneer wij nauwkeurig boekhouden welke patiënten welke alternatieve kuren ondergaan of gebruiken, dan zullen over een aantal jaren de resultaten kunnen worden geanalyseerd en zullen wij over objectieve feiten beschikken die de waarde of onwaarde van de betreffende behandeling zullen tonen.

*Literatuur:* VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Nijmegen, december 1979

C. HAANEN  
V. A. M. J. KUNST  
D. J. TH. WAGENER  
J. BURGHOUTS  
B. DE PAUW

Aan een schriftelijke verklaring, zoals door collega VAN SOEREN bedoeld, hebben wij tot heden in onze betrekkingen met dergelijke patiënten geen behoefte gehad. Het lijkt ons dat de juridische waarde van zo'n verklaring niet groot is.

Enigszins vergelijkbaar is de zaak van het „informed consent”, waarover in de Verenigde Staten nog altijd discussie wordt gevoerd. De patiënten blijken later niet meer op de hoogte te zijn van wat is verteld en wat is ondertekend. ROBINSON en MERAV (1976) hebben daar interessante mededelingen over gedaan.

Naar onze mening geeft collega YTSMA op indringende wijze de dilemma's en navrante situaties weer die zich kunnen voordoen als de medische professie niet tot een on dubbelzinnige positiebepaling komt ten opzicht van alternatieve kankerbehandelingen, waarvan de waarde niet is vastgesteld. Het begin ligt in het toelaten van deze methoden als een soort onschadelijke nevenbehandeling; dit zijn de gevolgen van de reclame, die daar onbedoeld van uitgaat. Voor collega YTSMA is het dilemma nog groter omdat hij zijn functioneren als arts volledig diende te scheiden van dat als apotheker.

Inmiddels is ons uit nadere informatie gebleken dat een aantal ziekenfondsen een duidelijk standpunt hebben ingenomen en niet meer bereid zijn de kosten van bepaalde alternatieve middelen te vergoeden.