

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 gepeld 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.

Als de patiënt, na uitgebreide en zakelijke informatie zonder intimidatie, opteert voor alternatieve behandeling kunnen onder die omstandigheden de door collega YTSMA geschetste problemen vermeden worden. Dat geeft de „Moerman-artsen” tevens een goede gelegenheid de resultaten van hun behandeling te beoordelen en bekend te maken.

We hebben met veel belangstelling kennis genomen van de inhoud van het schrijven van collega RONHAAR. Deze bijzondere interesse vloeit hieruit voort dat de lotgevallen van een aantal patiënten, behandeld door artsen die denken en handelen als hij, voor ons mede de aanleiding vormden onze langzaam gerijpte mening te formuleren en ter discussie aan de lezers van het Tijdschrift aan te bieden.

Hoop doet leven, inderdaad. Hoop ontnemen is dan ook iets, waartoe de arts die te maken heeft met een patiënt met een volledig uitgezaaid kwaadaardig proces, zeer in het algemeen, niet zal besluiten. Echter, het als een soort aanvullende therapie aanbevelen van methoden, waarvan de waarde bij de behandeling van kanker niet is vastgesteld, lijkt ons het wekken van valse hoop. Dat is nog erger dan het ontnemen van hoop.

Collega RONHAAR merkt terecht op dat mensen hun conclusies trekken uit een door hen opgemerkte vooruitgang, waarvan zij menen dat die aan alternatieve methoden te danken is. Dat zij daarmee anderen, die nog curatief behandeld kunnen worden, een in onze ogen verkeerde weg opsturen, is één van de belangrijkste redenen, die ons er toe brachten onze zienswijze kenbaar te maken.

Vervolgens, de „opgegeven patiënten”. Deze kreet wordt steeds weer van alternatieve zijde gehoord, en wij blijven er moeite mee houden. Een patient gééft men niet op.

Al vele jaren lang zien wij uit naar een serie goed gedocumenteerde gegevens, te publiceren in een tijdschrift als dit, die het postulaat van collega RONHAAR dat met Moerman-methoden kanker te genezen zou zijn, op zijn minst aannemelijk maken. Als die gegevens overtuigend blijken, dan zijn wij gaarne bereid het mes in de kast te leggen en toe te zien hoe onze collegae radiotherapeuten praktisch werkloos worden en de farmaceutische industrie de produktie en research met betrekking tot cytostatica kan beëindigen.

Het behoort uiteraard tot de zorg van de (huis-)arts de lichamelijke en geestelijke welstand van de kankerpatiënt te bevorderen. Het behoort echter óók tot zijn vele taken de „evaluatie van geavanceerde en nieuwe behandelingsmethoden” niet ónmogelijk te maken. Dat gebeurt als alternatieve methoden worden toegelaten en gesanctioneerd.

Voor het beoordelen van de mate waarin wij, met hulp van vele anderen, gewend zijn de „toestand van vertwijfeling en wanhoop” van onze patiënten te peilen, willen wij collega RONHAAR verwijzen naar het artikel van GIEL c.s. (1977). Daarin wordt geïllustreerd dat wij niet vanuit een machtspositie redeneren.

Tenslotte, terug naar het begin, Laetrile. Het vergelijken van Laetrile met een cytostaticum is onjuist. Het gevaar van Laetrile is *niet* vermeend (CLETON 1979; PRINS en MULDER 1979). Laetrile, zegt collega RONHAAR, heeft tenminste geen beenmergdepressie enz. tot gevolg. Wat het echter óók niet tot gevolg heeft, is enig aantoonbaar effect op het kankerproces, in de zin van regressie. Het is niet alleen geen wóndermiddel, het is zelfs geen genéésmiddel en behoort dus niet thuis in het therapeutisch arsenaal van de arts die in de behandeling van kanker geneeskunde en geneeskunst wil combineren.

De collegae HAANEN e.a. geven in hun commentaar een reden aan waarom naast de rationele behandeling van kankerpatiënten alternatieve methoden een plaats zouden kunnen vinden. Het is dezelfde reden die ook collega RONHAAR aanwees.

Zolang ook maar niet waarschijnlijk is gemaakt dat de alternatieve voedingswijzen een gunstig effect op de genezing van een kwaadaardig proces uitoefenen, zijn zij naar onze opvatting niet van waarde, en eigenlijk per definitie schadelijk. Dat laatste wordt duidelijk als die voedingswijze ten nadele van de patiënt interfereert met de conventionele behandeling, zoals wij reeds eerder opmerkten. De alternatieve methoden gaan echter veelal uit boven een voedingswijze, leefregel of ceremonie alléén.

Wanneer verschillende therapeutisch bedoelde maatregelen tegelijkertijd worden getroffen kan, onzes inziens, ook een goede documentatie geen uitkomst bieden bij het nagaan van de waarde van één daarvan. Theoretisch is dat misschien niet onmogelijk, praktisch komt daar weinig van terecht. HAANEN e.a. maken ons bijna jaloers met de suggestie dat zij wel over die praktische mogelijkheden beschikken.

Het wil ons overigens vóórkomen dat de lasten van het aantonen van de waarde of onwaarde van alternatieve behandelingen van kanker geheel rusten op de schouders van hen, die dit soort methoden gebruiken.

*Literatuur:* CLETON, F. J. (1979) *T. Kanker* 3, nr. 3, 1. — GIEL, R., W. FRANKENBERG, J. OLDFHOFF e.a. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1315. — PRINS, M. E. F. en J. MULDER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1141. — ROBINSON, G. en A. MERAV (1976) *Ann. thor. Surg.* 22, 209.

Groningen, januari 1980

A. VERMEY  
J. OLDFHOFF  
E. VAN DER PLOEG  
H. SCHRAFFORDT KOOPS  
R. C. J. VERSCHUEREN

### *Dermatitis perioralis en andere huidafwijkingen na het lokale gebruik van gefluorideerde corticosteroiden*

De klinische les van prof. MALI (1980) bevat een zeer interessante hypothese, nl. dat niet de gefluorideerde corticosteroiden als zodanig, doch de fluor hieruit de oorzaak van de huidaandoening zou zijn. Indien dit inderdaad het geval zou zijn, zou dit echter in toxicologisch opzicht belangrijke consequenties kunnen hebben. Dan zou immers, bij toediening langs welke weg dan ook van grotere hoeveelheden gefluorideerde corticosteroiden, rekening gehouden moeten worden met afsplitsing van fluor-atomen en een daardoor tevens veroorzaakte kans op intoxicatie-verschijnselen. Toch lijkt dit alles niet waarschijnlijk omdat al deze preparaten, alvorens medisch toegepast te worden, o.a. aan toxiciteitsonderzoek onderworpen werden, bij welk onderzoek ook na toediening van zeer hoge doseringen slechts de voor corticosteroiden typische effecten werden waargenomen en geen verschijnselen van fluor-intoxicatie. Er blijft dan eigenlijk alleen nog de mogelijkheid over dat, indien fluor als zodanig een rol zou spelen bij de genese van deze huidafwijkingen, de in de huid ontstane fluorverbinding van zodanige aard zou zijn, dat deze toxicologisch niet, doch in biologisch opzicht wel van betekenis zou zijn voor de genese van de betreffende huidafwijking.