

niet bekend. De schrijvers veronderstellen dat het iets te maken heeft met enzyminductie in de lever. Zij willen niet zo ver gaan om geheelonthouders ertoe over te halen matige drinkers te worden.

Literatuur: WILLET, W., C. H. HENNEKENS, A. J. SIEGEL e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 303, 1159.

J. GEERLING

INGEZONDEN

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

Rapport Alternatieve Geneeswijzen in Nederland

Aan ieder advies mag de eis worden gesteld dat het duidelijk en begrijpelijk is. Voor een rapport dat beoogt een advies aan de regering te zijn, wordt bovendien verwacht dat het zinnig is, dat wil zeggen dat de inhoud ervan te volgen is door redelijk denkende mensen. Met redelijk wordt hier niet bedoeld aardig of tolerant, maar de denkwijze die zich baseert op ratio en logica. In andere woorden, de argumentaties moeten de toets van een rationele kritiek kunnen doorstaan. Aan deze minimumeisen voldoet het rapport helaas op zeer veel onderdelen niet.

De „Beschouwingen over de betekenis van de 6 hoofdstromen” (acupunctuur, paranormale geneeswijze, natuurgeneeswijze, antroposofische geneeswijze, homeopathie en manuele geneeswijze), die 125 pagina's beslaan, vormen natuurlijk de basis van het rapport, want daaruit moet blijken waar men het over heeft. Hoewel de commissie nadrukkelijk stelt dat ze zich „niet heeft begeven op het terrein van het geven van een waarde-oordeel over de behandeling van bepaalde ziekten en klachten”, heeft zij toch bij verschillende hoofdstromingen een paragraaf gevoegd getiteld „Resultaten van effectonderzoek”. Onder dat hoofd treffen wij dan bij de homeopathie aan (bl. 151): „Op veterinair gebied werd reeds in de vorige eeuw van homeotherapie gebruik gemaakt (LUX 1833), waarna zich weldra overal een veterinaire homeopathie met een eigen literatuur heeft ontwikkeld. Een vooraanstaand onderzoeker op dit terrein is thans HANS WOLTER (1954)”. Het lijkt me niet overdreven kritisch om zo'n passage onder de kop „effectonderzoek” als onzinnig te kwalificeren. Over de antroposofische geneeswijze wordt het volgende gesteld: „Bij de evaluatie van het effect van geneesmiddelen doet zich het probleem voor, dat de „werking” of het „effect” van anthroposofische geneesmiddelen niet kan worden geïdentificeerd in die termen, waarin deze begrippen in de reguliere farmacologie worden gehanteerd, omdat de anthroposofische geneeswijze primair is geïnteresseerd in de werkzaamheid in het longitudinale ziekteverloop, waarbij elk ontregeld (sub)organisme weer anders is ontregeld en ook aangepast behandeld moet worden. Vandaar dat veel waarde wordt toegekend aan nauwkeurige exemplarische beschrijvingen van enkele ziekteverlopen” (bl. 133). Weten de schrijvers echt niet dat ook in de reguliere geneeskunde beoordeling vrijwel altijd plaatsvindt door registratie van het longitudinale ziekteverloop (overigens is een ziekteverloop altijd longitudinaal) en dat ook in de reguliere geneeskunde elk organisme (wij noemen zo iets een patiënt) aangepast behandeld wordt? Zij hadden het behoren te weten.

Bij de resultaten van het effectonderzoek in de homeopathie hebben de schrijvers geen melding gemaakt van het zeer uitputtende onderzoek dat door DE JONGH in 1943 is gepubliceerd. Ik haal hier drie passages aan uit de samenvatting van dit proefschrift:

1. „Doeltreffendheid dezer therapie

Noch in de klinische literatuur der homeopathen, noch in de publicaties der homeopathiseerende allopathen, noch in de resultaten der officiële geneeskunde was eenig bewijs verval voor de doeltreffendheid der homeotherapie. Het is dus, na 150 jaren homeopathie, nog altijd niet bewezen, dat deze therapeutische methode werkelijke resultaten bereikt, wat men redelijkerwijze toch had mogen verwachten!”

2. „Hoe wetenschappelijker de homeopaath is, hoe meer hij in gevallen, die er werkelijk toe doen, allopathisch handelt en hoe meer hij homeopathie reserveert voor gevallen, waarin het er niet zo veel toe doet, hoe meer hij dus zijn homeopathische ideaal verzaakt! Een duidelijker bewijs voor de stelling, dat er met homeotherapie niets of althans maar zeer weinig te bereiken valt, kan moeilijk verlangd worden.”

3. „Door deze overwegingen komt de activiteit van den homeopaath in een wel zeer merkwaardig daglicht te staan. Hij verschafft zich een etiket van bijzondere kundigheden, waarop hij geen enkel recht heeft. Het hangt evenwel van zijn verdere houding af, of deze verwerpelijke gewoonte zijnerzijds nadelige gevolgen heeft of niet. Is de homeopaath zoodanig overtuigd van de voortreffelijkheid van „de leer”, dat hij weigert andere dan homeopathische behandeling aan zijn patiënten te geven, dan is ernstige twijfel gerechtvaardigd of de volksgezondheid daaronder niet lijdt. Combineert hij evenwel – en de verstandige homeopathen doen zulks – zijn potenties met digitalis, leverpraeparaten, salvarsan, en wat dies meer zij, dan kan hij practisch een even goed medicus zijn als wie dan ook, maar dan geeft hij zich een aureool, waarvan hij in zijn binnenste moet weten, dat het hem niet toekomt.”

Legt men deze logische conclusie naast de criteria die het rapport Muntendam presenteert voor kwakzalvers (bl. 35), dan is de homeopaat van de eerste categorie een gevaarlijke, die van de tweede een ongevaarlijke, maar geenszins onschuldige kwakzalver.

Bij de hoofdstroming acupunctuur ontbreekt een paragraaf „Resultaten van effectonderzoek”. En dat terwijl er in 1978 een advies inzake de acupunctuur van de Gezondheidsraad beschikbaar kwam (nr. 1977/20). Daarin staat onder de conclusies (bl. 55): „8.2 De commissie is niet overtuigd van een objectief aantoonbaar genezend effect van acupunctuur bij aandoeningen waarbij psychosociale factoren een min of meer duidelijke rol spelen, dat zich duidelijk onderscheidt van andere officiële en niet-officiële geneeswijzen.” Is dit de reden dat het rapport Alternatieve Geneeswijzen maar liever niet over effectonderzoek bij acupunctuur rept?

En zo zou ik door kunnen gaan. Hoe kan het ook anders. De werkgroep antroposofische geneeswijze bijvoorbeeld bestond uit prof. dr. B. C. J. Lievegoed, dr. H. S. Verbrugh en drs. A. J. F. de Wit (als secretaris). „Het rapport is voornamelijk tot stand gekomen door de deskundige in-

breng van de beide niet-ambtelijke leden van de werkgroep" (bl. 120). Beide heren zijn belijdend antroposoof. Het zou raar zijn als zij hun geloof zouden verloochenen. In elk geval is door die bezetting van de werkgroep deze bijdrage voor alle niet-gelovigen ongeloofwaardig.

Wie nog met enige hoop op zinnige leesstof aan de bijdrage begint van de hand van de emeritus hoogleraar in de farmacognosie prof. dr. F. H. L. van Os, getiteld „Beschouwing over de betekenis van het geneesmiddel in de alternatieve geneeswijzen" (bl. 173), wordt eveneens teleurgesteld. Bij de geneesmiddelen over homeopathie wordt uitgelegd dat deze kunnen bestaan uit zodanig ver doorgevoerde verdunningen van de zg. stamincturen, dat in de uiteindelijke aan de patiënt verstrekte vloeistof zich meestal geen moleculen van de werkzame stof meer kunnen bevinden. „Toch zijn vele homeopathische artsen ervan overtuigd, dat zij een gunstige werking bij het gebruik van verdunningen tot zeker D 30 hebben kunnen waarnemen. De Engelse fysisch Bernard heeft in 1965 ter verklaring van dergelijke resultaten een hypothese opgesteld, die uitgaat van de gedachte, dat onder invloed van werkzame stoffen uit planten of van anorganische zouten bij het verdunnen (schudden) een invloed op het oplosmiddel (water of met water verdunde ethanol) zou uitgaan, die specifiek is voor de zich in het water bevindende stoffen. Deze zou tot uitdrukking komen in een bepaalde rangschikking der watermoleculen, die bij verdere verdunning in de toegevoegde vloeistof zou overgaan. Hoewel dergelijke rangschikkingen van watermoleculen door hun polariteit niet uitgesloten behoeven te zijn, is er toch geen enkele reden om aan te nemen, dat de verkregen structuren stabiel zouden zijn, terwijl tot nu toe ieder concreet bewijs voor een dergelijke hypothese ontbreekt" (bl. 181). Niettemin schrijft Van Os eerder op dezelfde bladzijde: „De vraag, of de hogere verdunningen nog de werkzaamheid van het uitgangsprодукт kunnen bezitten, ja zelfs nog sterker werkzaam zouden zijn, kan in dit verband niet beantwoord worden. Voor zover de hogere verdunningen een essentieel onderdeel van de ingestelde therapie uitmaken, gaat het om de beoordeling van deze therapie als zodanig, hetgeen buiten de doelstelling van deze beschouwing van de geneesmiddelen en hun kwaliteitscontrole valt." En verder: „De homeopathische arts, die vertrouwen stelt in de werking van hoge verdunningen, kan het recht niet ontzegd worden ze voor te schrijven; de patiënt heeft daarnaast het recht te eisen, dat het voorgeschrevene zó bereid is, als de daarvoor opgestelde voorschriften dit verlangen" (bl. 182). De apotheker moet dus de patiënt een oplosmiddel verstrekken waar volgens de voorgeschreven bereidingswijze geen molecuul van de werkzame stof meer in kan voorkomen. De patiënt heeft het recht te eisen dat hij inderdaad puur oplosmiddel, i.e. water of met water verdunde ethanol, ontvangt. (Zou de borrel dan toch in het ziekenfondspakket kunnen. Vele landgenoten schrijven aan dat drankje een uiterst heilzame werking toe. Of moet er eerst controle komen op de slijters, of zij wel in hun koopwaar geloven?) Door middel van een chemische bepaling kan men de juiste samenstelling van het middel niet controleren (zeer logisch: niets is niet te meten). Dus zegt Van Os: „Logischer lijkt echter voor alle verdunningen de voorwaarde te stellen dat de bereiding onder controle geschiedt, zoals dit reeds werd opgemerkt" (bl. 182). Wel een uiterst gecompliceerde en onverantwoordelijk kostbare manier om de patiënt een flesje zuiver water te verstrekken. Maar dat bevat dan ook, dank zij die juiste bereiding, een „kracht" waarvoor weliswaar „ieder concreet bewijs ontbreekt" (Van Os), maar waarin de homeopathische arts zijn vertrouwen stelt.

In de conclusies van het hoofdstuk „Wetenschappelijke Aspecten" treffen we de volgende belangrijke uitspraak aan (bl. 251, waar ook Zwaveling al commentaar op leverde): „De eis, dat beoefenaren van alternatieve geneeswijzen eerst zouden moeten aantonen, dat de door hen toegepaste geneeswijzen effectief zijn, alvorens tot enigerlei vorm van erkenning zou kunnen worden overgegaan, is volgens de Commissie niet te verdedigen." Ik wil hier alleen ingaan op de argumenten die de commissie voor die stelling aanvoert, nl. (bl. 245):

„a. zoals in 8.5 uiteengezet, suggereert deze eis, dat de tegenstelling tussen alternatieve en reguliere geneeswijzen louter een wetenschappelijk probleem is, hetgeen onjuist is. Vele andere, met name maatschappelijk-politieke overwegingen, spelen een rol bij het wel of niet erkennen;

b. de eis suggereert, dat van alle nu erkende therapievormen wetenschappelijk is aangetoond, dat zij effectief zijn; dit is eveneens onjuist;

c. de eis is in vele gevallen onvervulbaar, omdat de randvoorwaarden voor een dergelijk onderzoek niet vervuld zijn. De beoefening van alternatieve geneeswijzen vindt thans onder verre van optimale omstandigheden plaats, hetgeen op zich al een belemmering vormt voor (klinisch) effectonderzoek. Men kan daarbij denken aan het ontbreken van verwijsmogelijkheden en diagnostische en opname-faciliteiten, voorts zijn er financiële barrières voor de patiënten, is er onvoldoende informatie-uitwisseling met (vroeger) behandelende reguliere artsen, terwijl de beoefening van deze geneeswijzen nog veelal plaatsvindt in een sfeer van deviatie en illegaliteit."

Het argument onder a is irrelevant. Het argument ad b is onjuist. De eis suggereert niets. De commissie suggereert het. Deze eis impliceert dat de reguliere geneeswijzen aan dezelfde eis behoren te voldoen. Dat is ook zo. Daarop is de erkenning van reguliere geneeswijzen gebaseerd. Als blijkt dat aan die eis niet is voldaan, wordt vrijwel altijd een onderzoek ingesteld. Het argument ad c is althans voor de acupunctuur, de homeopathie en de antroposofische geneeswijze, onjuist. Het rapport bevat vele bladzijden waarop gewag wordt gemaakt van honderden of duizenden artsen die aangesloten zijn bij specifieke verenigingen, speciale ziekenhuizen voor homeopathie in Engeland, Schotland en in de Sovjetunie, een speciaal instituut voor wetenschappelijk onderzoek over de antroposofische geneeswijze (het Bolk Instituut in Driebergen), een Research Committee van de internationale Liga Medicorum Homoeopathia. Men denke ook aan de Vrije Hogeschool van prof. Lievegoed en nog veel meer. Een regelrechte en controleerbare verdraaiing van de feiten dus. En daarmee wordt dan geprobeerd de alternatieve geneeswijzen in het ziektekostenverzekeringspakket onder te brengen. In een tijd dat overal de roep om beperking van de kosten van de gezondheidszorg wordt gehoord, moeten er nog eens honderden miljoenen bij voor de diensten van de magiërs en hun toverdrankjes.

Zelfs ten aanzien van de vraag om hoeveel geld het dan wel gaat, schiet het rapport tekort. De commissie komt op grond van schattingen van honoraria van alternatieve therapeuten tot de uitspraak dat er per jaar tussen de 160 en 210 miljoen gulden omgaat in de alternatieve gezondheidszorg, maar gaat geheel voorbij aan de kosten van de geneesmiddelen, diëten e.d. Wij zoeken in het hoofdstuk „Beschouwingen over de betekenis van het geneesmiddel in de alternatieve geneeswijzen" tevergeefs naar enige gegevens over de financiële aspecten daarvan. Dit toch niet onbelangrijke maatschappelijke aspect van de alternatieve geneeswijzen (het financiële) is onvolledig en onzorgvuldig behandeld.

Dit voert mij tot mijn eindconclusie: Verwerp het rapport in zijn geheel: door zijn talrijke onzinnige en onzindelijke passages haalt het de minimum kwaliteitsnormen niet. De regering doet er voorlopig goed aan om al hetgeen te bevorderen dat leidt tot een objectieve beoordeling van de huidige reguliere en niet-reguliere handelingen in de gezondheidszorg. Alles wat daartoe kan dienen behoort vergoed te worden uit de inkomsten van de ziektekostenverzekeringen. Met minder dan 10% van de som die gemoeid zal zijn met de introductie van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket kan een solide basis worden gelegd voor een zinnige discussie over wat wel en niet nuttig is voor de patiënt. Bovendien levert zo'n toetsing nog reële mogelijkheden op voor beperking van de uitgaven aan reguliere gezondheidszorg.

Literatuur: Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1981) *Alternatieve Geneeswijzen*. Rapport uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage. – JONGH, D. K. DE (1943) *Critische beschouwingen over de homoeopathie*. Noord-Hollandse Uitg. Mij., Amsterdam. – MUNTENDAM, P. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 383. – ZWAVELING, A. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 392.

Rijswijk, maart 1981

D. W. VAN BEKKUM

De transplantatiecoördinator

De activiteiten van transplantatiecoördinatoren, zoals beschreven door VAN DER VLIET en KOOTSTRA (1980), zullen misschien helpen het tekort aan organen, speciaal nieren, voor transplantatie op te heffen. Maar de aanstelling van deze functionarissen ontheft specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen niet van de plicht zelf actief mee te werken aan de oplossing van het donorprobleem. De bespreking door Van der Vliet en Kootstra van de moeilijkheden, verbonden aan een donornefrectomie in een perifere kliniek, wekt wellicht onbedoeld de indruk van een onevenredig grote inspanning, die in redelijkheid niet van de daar werkzame dokters gevraagd kan worden. Deze indruk is niet juist. Hoewel wij de benodigde inspanning niet willen bagatelliseren, kunnen wij uit eigen ervaring verzekeren dat deze bij een goede organisatie en verdeling van de belasting over verschillende personen (verpleegkundige, anesthesist, elektro-neuroloog, internist, chirurg) zeker niet onaanvaardbaar groot is en vergelijkbaar met andere onverwachte en spoedeisende situaties, waarvoor ook tijd beschikbaar gemaakt moet (en kan) worden.

De oorzaken, waarom vanuit sommige grotere perifere ziekenhuizen die over voldoende mankracht en faciliteiten beschikken geen transplantatiedonoren worden aangeboden, zijn nooit onderzocht. Het is te hopen dat de transplantatiecoördinatoren samen zullen werken om deze oorzaken systematisch te analyseren en van hun bevindingen mededeling te doen.

Literatuur: VLIET, J. A. VAN DER en G. KOOTSTRA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2009.

Enschede, december 1980

H. M. GREEBE
J. N. JAGER

J. G. M. JORDANS
Zr. A. J. M. VAN ROOIJ
J. F. VOORHUIS

Het is zeker niet onze bedoeling geweest een donornefrectomie in een perifeer ziekenhuis als een onevenredig grote inspanning te bestempelen. Dank zij enthousiasme en inzet van velen leveren de grote perifere ziekenhuizen een onmisbare bijdrage aan het aantal voor transplantatie beschikbare nieren. Toch moet het mogelijk zijn met het inschakelen van de transplantatiecoördinator in deze ziekenhuizen donornefrectomie te realiseren bij verschillende categorieën patiënten, bijvoorbeeld bij zogenaamde hartdode donors (VAN DER VLIET e.a. 1980) en neonati (KOOTSTRA e.a. 1978; VAN DER VLIET e.a. 1981), bij wie dit voorheen niet gebeurde. Bovendien kunnen vooral ook kleine perifere ziekenhuizen een aanzienlijke bijdrage leveren door het aanmelden van potentiële orgaandonors en (of) het verrichten van donornefrectomieën in samenwerking met de transplantatiecoördinator.

Het is een goede suggestie te onderzoeken waarom vanuit sommige perifere ziekenhuizen geen nieren voor transplantatie worden aangeboden. Dit onderzoek wordt op het ogenblik verricht door het Ministerie van Volksgezondheid te zamen met de Stichting Eurotransplant, terwijl ook de transplantatiecoördinatoren binnen hun regio zich inzetten voor het opheffen van belemmeringen.

Literatuur: KOOTSTRA, G., J. C. WEST, P. DRYBURGH e.a. (1978) *Surgery* 83, 333. – VLIET, J. A. VAN DER, G. KOOTSTRA, A. M. TEGZESS e.a. (1981) *T. Kindergeneesk.* ter perse. – VLIET, J. A. VAN DER, M. J. H. SLOOFF, G. KOOTSTRA e.a. (1980) *Proc. Eur. Dial. Transplant Ass.* ter perse.

Groningen,
Maastricht, februari 1981

G. KOOTSTRA
J. A. VAN DER VLIET

Icterus neonatorum, in ons land een verwaarloosde bedreiging?

Als huisarts die de praktische verloskunde beoefent, was ik extra geïnteresseerd in het artikel van LOMMEN en MEUWISSEN (1980). De zinsnede „Het toedekkend verwaarlozen van icterus neonatorum mag dan misschien wel begrijpelijk zijn, verantwoord is het zeker niet”, heeft ons (huisartsen en verloskundige te Krimpen a.d. IJssel) reeds 2 jaar geleden beziggehouden. Door een hielprik bij de baby vullen we drie capillairen. Deze capillairen worden aan weerszijden met „stopverf” gesloten en vervolgens in folie gerold; dit laatste om lichtinvloeden uit te sluiten. De vader of de kraamzuster brengt deze vervolgens binnen een uur naar het klinisch-chemisch laboratorium ter bepaling van het bilirubinegehalte. We krijgen dan telefonisch de uitslag, ook in het weekend. De voordelen zijn duidelijk: geen gesjouw met het kind, het opzetten van een icterusdienst is overbodig en last but not least krijgt men daardoor een verantwoord (niet toedekkend) beleid bij icterus neonatorum in de huispraktijk.

Literatuur: LOMMEN, E. J. O. en J. H. J. M. MEUWISSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1233.

Krimpen aan de IJssel, januari 1981

F. P. M. J. GROENEVELD

Wij zijn collega Groeneveld erkentelijk voor de berichtgeving over de gang van zaken met betrekking tot icterus neonatorum in Krimpen aan de IJssel. Gaarne maken we