

greep. Wij hebben *niet* gesteld dat die centralisatie (uitsluitend) in academische ziekenhuizen zou moeten plaatsvinden. De brief van collega Hoogland is voor ons aanleiding daarop nog eens de aandacht te vestigen. Uit de tabellen van onze klinische les blijkt dat weliswaar in drie academische ziekenhuizen waar verreweg de meeste puncties werden verricht, de resultaten beter waren dan in de „overige ziekenhuizen”, maar de resultaten van alle amniocentesen in de academische ziekenhuizen waren minder goed dan de resultaten van de gynaecologen die ten tijde van de punctie ervaring hadden met ten minste 75 vroege amniocentesen. Het is overigens welhaast vanzelfsprekend dat grotere ervaring gepaard gaat met betere techniek; anders zouden onze resultaten geheel onbegrijpelijk zijn. Uit onze tabel 2 kan men afleiden dat bij de 1200 daar vermelde puncties ten minste 32 gynaecologen betrokken zijn geweest. In werkelijkheid was het aantal nog aanzienlijk groter: veel gynaecologen hebben minder dan 10 puncties aan het geheel bijgedragen. Wij hebben niemand in diskrediet gebracht; uit onze klinische les valt slechts te lezen dat overal, ook in academische ziekenhuizen, de meeste complicaties zijn opgetreden wanneer de gynaecoloog weinig ervaring had. Het staat ieder vrij eigen resultaten te publiceren, wij nemen die vrijheid niet. Het lijkt overigens weinig zinvol het aantal complicaties te berekenen in kleine series van 10, 50 of zelfs 100 amniocentesen; juist daarom hebben wij de vele kleine series samengevoegd.

Amsterdam, mei 1981

P. E. TREFFERS

Alternatieve geneeswijzen

Het rapport „Alternatieve Geneeskunde” is verschenen; de jacht is geopend en de eerste schietgrage jagers hebben hun schoten gelost. Daar in de reactie van collega VAN BEKKUM (1981) mijn naam twee keer genoemd wordt, meen ik van mijn droit de réponse gebruik te mogen maken.

Na eerst discreet geïnformeerd te hebben of Lievegoed en Verbrugh antroposofen waren, kon Van Bekkum verklaren: „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.”

Een merkwaardige redenering!

1. Van wie had Van Bekkum informatie over antroposofische geneeskunde verwacht, anders dan van mensen die er althans iets van afweten? Of deelt hij het aloude standpunt van de inquisitie dat alleen informatie door tegenstanders gegeven, geloofwaardig is?

2. Is collega Van Bekkum zich ervan bewust dat hij door zijn artikel zichzelf heeft gedemonstreerd als „belijdend materialist c.q. positivist”? Berust niet elk wetenschappelijk denken op een mens- en wereldbeeld, op een systeem waarin men gelooft? Of is Van Bekkum het eens met het naïeve standpunt dat ik jaren geleden ontmoette bij een gepromoveerde collega, die mij toevoegde: „Jij redeneert vanuit een wereldbeschouwing.” „En jij dan?”, was mijn vraag. „Wij praten niet vanuit een wereldbeschouwing, wij zeggen de dingen gewoon zoals ze zijn.”

Van Bekkums redentatie doortrekkend, zou elke wetenschappelijke uitspraak alleen geloofwaardig zijn voor „geloofgenoten”. Zou het denkbaar zijn dat men onbevangen zou kunnen luisteren naar de vraagstellingen en de operationele methoden, voortkomend uit een ander (mogelijk) mens- en wereldbeeld? Waar, door andere vragen te stellen, ook aanvullende aspecten zichtbaar kunnen worden?

In een discussie met bepaalde „reguliere” collega's voel ik mij vaak in de situatie van de wedstrijdspeler die voor een bord geplaatst wordt, waarop aan de ene kant schaakstukken en aan de andere kant damschijven staan opgesteld. Bij dat beeld is er dan nog een bijzonderheid: één van de spelers kan dammen en schaken, de andere wil en kan alleen dammen. De dammer moet dan wel ontzet zijn als de schaker zijn paard „ongeoorloofde” sprongen laat maken. Hij zal eisen dat de wedstrijd beoordeeld wordt volgens de damregels. En als hij dan emotioneel wordt, dan komt hij tot uitspraken als van Van Bekkum, die ter versterking van zijn betoog uitroept (nadat hij in de zin tevoren mijn naam noemde): „Een regelrechte en controleerbare verdraaiing van „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*.”

Honderden miljoenen erbij, wat een demagogie! De „toverdranken” van de „magiërs” komen niet bovenop de buitensporig hoge kosten van de reguliere geneeskunde, maar, met enkele uitzonderingen, in de plaats daarvan. Zij zijn door de bank belangrijk goedkoper en hebben geen bijwerkingen die nieuwe medicaties noodzakelijk kunnen maken. Of de therapieën helpen, kan elke praktizerende arts direct ervaren. De schaakspeler is hier al een bewuste verdraaijer van feiten geworden, een magiër met toverdrankjes. Over de vraag wanneer iets een „feit” is, is bovendien nog wel een of ander te zeggen.

3. In een zo heterogene commissie als die, welke voor de alternatieve geneeswijzen nodig was, kan geen enkel lid het eens zijn met alle uitspraken in het rapport: resultaat van lange discussies en compromissen. Zo ben ik het met Van 't Riet eens dat in principe geneeskunde „in zijn volle omvang” slechts door artsen uitgeoefend kan worden. Slechts zij immers kunnen in iedere situatie een bewuste keuze maken tussen een mogelijke reguliere, en (of) alternatieve therapie. Dit gebeurt in de algemene huisartsenpraktijk op veel grotere schaal dan de medewerkers van wetenschappelijke instituten vermoeden. Zij allen zullen daarbij geleid worden door hun medisch geweten in elke concrete situatie.

Zoals er bij schakers en dammers een verschil bestaat tussen hen die de spelregels geleerd hebben en de dam- en schaakmeesters, zo bestaan er meesters in de reguliere en in de diverse alternatieve geneeswijzen. Zo zou ik bij de keuzebepaling van een reguliere of een bepaalde alternatieve therapie steeds willen bezien of ik zelf de meester op het betreffende wapen ben of een ander en naar uitkomst handelen.

Ondertussen heeft de staatssecretaris de ontwerp-wet B.I.G. ingediend. De verheugende, rustige eerste reactie van de voorzitter van de KNMG was (volgens een bericht in *NRC-Handelsblad* van 5 mei jl.) dat, afhankelijk van de verdere uitwerking van wetsvoorstellen, de grotere ruimte voor niet-bevoegden niet hoeft te worden afgewezen. „Gezien de opkomst van de alternatieve genezers, heeft het weinig zin krampachtig vast te houden aan de monopoliepositie van de arts, die er in feite al niet meer is en die maatschappelijk ook niet meer wordt geaccepteerd”, aldus de voorzitter, die meent dat het voor een aantal artsen „wel even wennen zal zijn.” Een standpunt dat zelfs ruimer is dan dat van de homeopaat Van 't Riet en van de antroposofische geneeskundigen, die menen dat voor het uitoefenen van de praktijk „in volle omvang” de artsenopleiding een voorwaarde is.

Het belangrijkste van de wet B.I.G. is dat de monopoliepositie (en de dictatuur) van de natuurwetenschappelijke geneeskunde wordt losgelaten. Elke monopoliepositie in het geestelijk culturele leven, waartoe ook de wetenschap behoort, roept onherroepelijk dissidenten op. Geestelijke vrijheid is niet te onderdrukken! Veel vruchtbaarder zou het zijn wanneer in wederzijdse openheid een onderzoek mogelijk zou zijn naar de specifieke mogelijkheden en grenzen van elke „spelkeuze”, in plaats van te eisen dat elk moet voldoen aan één stel spelregels, zelfs als men daarbij de „heilige volksgezondheid” aanroept. Bij het bestaan van iatrogene ziekten „siert bescheidenheid den man” (vrij naar Abraham Kuyper).

Overigens, de psycholoog Van Dam heeft een geniale oplossing voor het probleem van de alternatieve geneeswijzen gevonden: a. de A.G. mogen niet worden toegestaan zolang niet wetenschappelijk bewezen is dat hun therapieën werken; b. het onderzoek daarnaar moet gebeuren in de bestaande wetenschappelijke researchinstituten; c. de bestaande researchinstituten moeten bij beperkte middelen prioriteiten stellen voor hun onderzoekprogramma; d. er is geen enkele aanwijzing dat het onderzoek naar A.G. prioriteit zou hebben, e. terug naar a!

Meer dan 50 jaar arts-zijn heeft mij geleerd dat, ook in de geneeskunde, diep ingrijpende veranderingen optreden. Slechts weinig is blijvend, hiertoe reken ik wat twee grote leermeesters mij in de jaren twintig hebben meegegeven. Het waren de internisten Polak Daniëls, de humanist, en Ruitinga, de laatste der therapeutische nihilisten. Hun vermogen tot relativering van zg. absoluutheden hebben mij geholpen om tot op de dag van vandaag vragen te blijven stellen, ook daar waar anderen mij verzekerden dat antwoorden óf niet mogelijk zijn, óf reeds lang bevredigend gegeven werden. Elk denksysteem, speciaal wanneer het op successen kan wijzen, draagt de wortels tot verstarring in zich, „success breeds failure”. Slechts „lateraal denken” (De

Bono) kan de creativiteit ontsluiten voor grensverleggende vernieuwing. Lateraal denken ordent bestaande informatie onder andere denkpatronen en komt daardoor tot andere conclusies. Maar lateraal denken wordt door bestaande denkpatronen zelden in dank afgenomen. Zij die zich daarmee bezighouden, weten dat en gaan rustig door.

Literatuur: BEKKUM, D. W. VAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 434.

Zeist, mei 1981

B. C. J. LIEVEGOED

Als collega Lievegoed ook de moeite genomen had om te informeren naar mijn positie in het debat over het rapport Alternatieve Geneeswijzen, was hij erachter gekomen dat ik mijn commentaar op verzoek van de redactie van het Tijdschrift heb geleverd. Dat mijn artikel onder „ingezonden” werd gedrukt, is een vergissing van het bureau geweest en daardoor is de titel van mijn bijdrage weggefallen. Deze luidde: „Maar hij heeft helemaal niets aan”, riep eindelijk een klein kind. (Uit: De nieuwe kleren van de keizer, door Hans Christiaan Andersen).

Ik behoor dus niet tot de schietgrage jagers, maar tot degenen die, nadat er een beroep op hen is gedaan, bereid zijn veel tijd en energie te steken – het rapport is zeer lijkig! – in zaken die de volksgezondheid betreffen. Het spreekt vanzelf dat collega Lievegoed het niet eens is met mijn analyse van het rapport. Zijn „antwoord” stelt mij wel teleur, omdat het mijn kritiek niet probeert te weerleggen met feitelijke gegevens, maar met verholen en onverholen aantijgingen van demagogie en geborneerdheid en zelfs van onderdrukking van geestelijke vrijheid. Ik vrees dat we daarmee niet veel verder komen.

Rijswijk, mei 1981

D. W. VAN BEKKUM

BERICHTEN

Buitenland

JAPAN

Longkanker bij de vrouw door het roken van de man. – Reeds eerder werd bericht (zie deze rubriek (1980) 124, 761) over de nadelige invloed van het passief roken op de longfunctie en wel speciaal die van de kleinere luchtwegen. Bij een Japans onderzoek bij 91.540 vrouwen van 40 jaar en ouder is nu gebleken dat de sterfte aan longkanker van de vrouw die niet rookt tweemaal zo groot is als de man rookt (T. HIRAYAMA (1981) *Brit. med. J.* 282, 183). Het effect was sterker naarmate het aantal sigaretten steeg: bij 1-19 sigaretten 1,61 en bij ≥ 20 sigaretten 2,08 maal zoveel. Deze dosis-effectrelatie vermindert de kans op toeval. Er werd ook een positief – hoewel statistisch niet significant – verband gevonden tussen het roken van de man en de sterfte aan longemfyseem en astma van de vrouw. Bij een sigarettengebruik ≥ 20 zou de kans zelfs 1,5 maal zo groot zijn. Er bestond geen verband tussen het roken van de man en de sterfte van de vrouw aan maagkanker, cervixkanker of ischemische hartziekten. Andere gewoonten van de man, zoals het drankgebruik, bleken geen invloed te hebben. Het onderzoek werd zowel onder de stedelijke als onder de landelijke bevolking verricht. Het is verrassend dat de vrouw van de landbouwer in de leeftijdsgroep 40-59

jaar een $2 \times$ zo groot risico loopt als haar stedelijke seksegenote. De onderzoekers vermoeden dat de oorzaak is gelegen in een langduriger contact op het platteland tussen man en vrouw, terwijl in de stad de man vaak een kleiner deel van de dag thuis vertoeft. Indien de vrouw zelf rookt, is haar sterftekans aan longkanker belangrijk hoger en wel 3,8 vergeleken met 1,8 van haar passief duldende zuster. Gelukkig roken de vrouwen in Japan veel minder (15%) dan de mannen (73%). De grote mate van blootstelling aan rook van de man vormt een deel van de verklaring waarom de toename van de sterfte aan longkanker bij de vrouw parallel loopt met die van de man.

De schrijvers vestigen er de aandacht op dat bij onderzoeken waarbij rokers en niet-rokers worden vergeleken, aandacht moet worden gegeven aan de mate waarin de niet-rokers aan rook zijn of waren blootgesteld.

VERENIGDE STATEN

Resistentie van penicillinase vormende gonokokken tegen spectinomycine. – In de Verenigde Staten behandelt men de steeds meer voorkomende infectie met penicillinase vormende gonokokken (PVG) bij voorkeur met spectinomycine. Bij een 20-jarige Amerikaan die in de Filippijnen met een PVG werd besmet, kwam met een driemaal herhaalde behandeling met respectievelijk 2, 4 en 4 g specti-