

TEGEN DE KWAKZALVERIJ

UITGAVE VAN DE VERENIGING TEGEN DE KWAKZALVERIJ, VERENIGING TOT EVALUATIE VAN ALTERNATIEVE BEHANDELMETHODEN EN TOT BESTRIJDING VAN DE KWAKZALVERIJ

SYMPOSIUM

ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN EN KANKER: EEN VERSTANDIGE KEUZE?

10-13 uur Ochtendsessie

Het symposium wordt geopend door de voorzitter dr. F.S.A.M. van Dam. (Het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Huis, WHO/Amsterdam Collaborating Center on Quality of Life.)

Inleiders

- Dr. L. Offerhaus, internist, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen in het tijdperk van "Keuzen in de zorg". (pag. 1).
- Mevr. dr. N. van der Zouwe, psycholoog, wetenschappelijk medewerker GMD: Omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën. (pag. 2).
- Dr. H.S. Verbrugh, arts, Vakgroep Filosofie, Ethiek en Geschiedenis van de Geneeskunde, Erasmus Universiteit, Rotterdam: Hoe alternatieve therapieën te evalueren. (pag. 3)
- Mevr. mr. E.K. Wessel-Tuinstra, lid van de Eerste Kamer voor D'66: Opvattingen over alternatieve behandelwijzen in ons Parlement. (pag. 4)

Hierna volgt discussie en een koffiepauze.

- Mevr. A.R.M.G. Verheij-Kerskes, vertegenwoordiger van patiënten, Hellevoetsluis: Alternatieve behandelwijzen, wat doet de patiënt ermee. (pag. 5)
 - Prof. dr. E. Schadé, huisartsen-geneeskunde, AMC, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen gezien vanuit het standpunt van de huisarts: over macht en machteloosheid. (pag. 5)
 - Dr. E. Engelsman, internist-oncoloog, Het Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam: Alternatieve behandelwijzen gezien vanuit het standpunt van de oncoloog. (pag. 6)
 - Mevr. E.J.M. Heshusius, directeur voorlichting en PR Nederlandse Kankerbestrijding: De visie van de Nederlandse Kankerbestrijding met betrekking tot alternatieve kankertherapieën. (pag. 6)
- Hierna volgt discussie, waarna van 13 tot 14 uur de lunch wordt geserveerd.

ORGANISATIE

- DR. P. BENTVELZEN, De Nederlandse Vereniging voor Oncologie.
- DR. F.S.A.M. VANDAM, Wereldgezondheidsorganisatie WHO / Amsterdam Collaboration Center on Quality of Life, Het Nederlands Kanker Instituut.
- MEVR. MR. W. HEYBROEK-DE CLERCQ, Integraal Kankercentrum Amsterdam.
- C.N.M. RENCKENS, vrouwenarts, Vereniging tegen de Kwakzalverij.

Het symposium wordt gehouden naar aanleiding van het rapport "Kiezen en Delen" van de commissie "Keuzen in de Zorg".

VRIJDAG 27 NOVEMBER 1992
RAI-CONGRESCENTRUM AMSTERDAM

14-16 uur Middagsessie

Als voorzitter treedt tijdens de middagsessie op prof. dr. P.J. Thung, emeritus-hoogleraar betrekkingen tussen natuurwetenschappen en geneeskunde, RUL, Leiden.

Kanker en psyche

Inleiders

- Prof. dr. H.M. van der Ploeg, medisch psycholoog, VU, Amsterdam: De invloed van psychische stress en persoonlijkheidsfactoren op het ontstaan en beloop van kanker. (pag. 6)
- Mevr. J.M. Westenberg, psychotherapeut, Den Burg: De psychotherapeutische benadering van kanker. (pag. 7)
- Mevr. K. Spaink, publiciste, Amsterdam: De kankerpatiënt en de orenmaffia. (pag. 7)

Deze inleidingen wordt gevolgd door een discussie.

Voeding en kanker

Inleiders

- Mevr. dr. E.C. Zwarthoff, moleculair bioloog, Erasmus Universiteit Rotterdam: Moderne biologische inzichten in het ontstaan van kanker. (pag. 8)
- J.A. Wiese, arts, Alkmaar: De betekenis van de methode-Moerman bij de preventie en behandeling van kanker. (pag. 9)
- Prof. dr. G.H. Blijham, internist-oncoloog, Utrecht: De betekenis van voeding bij de preventie en behandeling van kanker. (pag. 10)

Vervolgens discussie.

Het symposium wordt afgesloten door C.N.M. Renckens, vrouwenarts te Hoorn en voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

DR. L. OFFERHAUS

Alternatieve behandelwijzen in het tijdperk van "Keuzen in de zorg" *)

De filosoof Petr Skrabanek stelt in zijn essay over alternatieve geneeskunde, dat deze twee typische kenmerken heeft, nl. dat ze geen duidelijke of samenhangende bestaansreden heeft behalve het enthousiasme van haar voorstanders, en dat ze bijna zonder uitzondering zich richt op een groot aantal slecht gedefinieerde kwalen van uiteenlopende aard¹. Hij stelt bovendien dat, terwijl van de orthodoxe geneeskunde de grootst mogelijke tolerantie ten opzichte van alternatieve of supplementaire geneeswijzen wordt gevraagd, deze vormen van geneeskunst zelf broedplaatsen van onverdraagzaamheid zijn.

De grenzen tussen wat wij noemen "rationele" geneeskunde enerzijds en onvervalste kwakzalverij anderzijds zijn vaag, ook al omdat in de medische opleiding steeds minder aandacht aan een

*) De in deze voordracht gegeven meningen geven niet een officieel standpunt van het ministerie van WVC of van de Wereld Gezondheids Organisatie weer.

Vereniging tegen de Kwakzalverij

Opgericht 1 januari 1881

Correspondentie-adres: Bergse Dorpsstraat 101
3054 GC Rotterdam; tel. 010-4187149

Bestuur:

Voorzitter: C.N.M. Renckens, Hoorn

Secretaris: I.A. van de Graaff, Rotterdam

Penningmeester: dr. H.A.M. Voorbij, Zwolle

Leden: drs. P.C. Bügel, Groningen; mr. Th. Douma, Haarlem; C.P. van der Smagt, de Bilt; prof.dr.H. Timmerman, Voorschoten; D. Uitterdijk, Medemblik; W.M. Veenema, Joure

Adviserende leden: S. Lelie, Middelburg; prof.dr. F.A. Nelen, Duivendrecht

Redacteur: J.Th. Balk, Keverberg 54, 1082 BE Amsterdam.
Het Actieblad tegen de Kwakzalverij verschijnt 5x per jaar.

Postgiro van de Vereniging: 32237 ten name van Penningmeester van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, Zwolle.

De contributie bedraagt thans minimaal f 40; voor studenten en leerlingverpleegkundigen f 10; begunstiger wordt men door een schenking aan de vereniging van minimaal f 100.

rigoureuze wetenschappelijke beoordeling van het geneeskundig handelen wordt besteed. De "zachtere" eerste lijn en de vertechniseerde superspecialist groeien steeds verder uit elkaar, en het resultaat wordt door de patiënt ervaren als een ontmenselijking van de geneeskundige zorg. Het vacuüm wordt maar al te gemakkelijk opgevuld door alternatieve genezers, die geduld tonen, tijd hebben en die de patiënt met grote overtuigingskracht een duidelijke rechte weg wijzen. Men kan dergelijke genezers maar al te gemakkelijk afdoen met termen als "charlatan" en "kwakzalver", maar zelfs een Amerikaanse congrescommissie, die de kwakzalverij geheel afwees, moest met enige spijt toch constateren, dat die kwakzalverij soms wél resultaten afwierp.

Een aantal publicaties meldt dat tussen 10 en 20% van de Europese bevolking zijn heil zoekt bij alternatieve geneeskunst². Het maakt daarbij weinig uit of de orthodoxe geneeskunde, dan wel de politiek, een tolerant standpunt inneemt of niet. Men dient zich ook goed te realiseren, dat niet-operatieve behandelwijzen eeuwen lang met mystiek omkleed waren, en dat de mensheid eigenlijk pas sinds enkele tientallen jaren claimt dat het toedienen van geneesmiddelen een rationele behandelmethodede vertegenwoordigt. Behalve bij comateuze patiënten bezit praktisch ieder "medicijn" een placebowerking, die niet los te maken valt van de instelling en de persoonlijkheid van de arts. Dat geldt zelfs voor de behandeling van carcinoompijnen. een placebo-effect komt dan ook steeds overeen met een door de patiënt *verwacht* effect: Een slaapmiddelplacebo is slaapverwekkend, een placebo-antidepressivum benadert de werkzaamheid van het "echte" middel zeer dicht.

Maakt de arts die placebo's dan wel alternatieve geneeswijzen toepast zich schuldig aan misbruik van vertrouwen? Er zijn voor hem drie mogelijkheden: Of hij kan er in het belang van de patiënt mee leren leven, of hij verdringt het, of hij gelooft erin. In het eerste, meest ideale geval is geen sprake van alternatieve, maar van supplementaire geneeskunst; de alternatieve genezer kiest voor de derde optie, die vaak het begin van het hellende vlak vormt.

Mystiek en geloof zijn meestal ver verwijderd van het bed van de gemiddelde politicus of "orthodoxe" arts. Zij stellen zich dan op als tolerante wezens, en zij zeggen bereid te zijn de alternatieve geneeskunst "toe te laten" op voorwaarde dat de werkzaamheid met orthodoxe middelen (gerandomiseerd klinisch onderzoek, statistiek) wordt bewezen. Tot dit doel zijn een vrij groot aantal onderzoeken verricht, die op hun beurt weer aanleiding zijn geweest tot meta-analyses en andere ingewikkelde en kostbare procedures. Steeds weer blijkt echter dat het onderzoek kieren vertoont, en niet

voldoet aan de gebruikelijke wetenschappelijke criteria³. Legt men het onderzoek in handen van de orthodoxe medische onderzoeker, dan valt geen enkel effect aan te tonen⁴; de beruchte affaire-Benveniste ligt maar al te vers in het geheugen. Wie heeft er nu gelijk? Degenen, die nog hoger precisie van dit soort onderzoek eisen of de alternatieve sector, die zich tegen zulk onderzoek verzet? Het erkennen van het placebo-effect als wezenlijk onderdeel van de geneeskunst brengt ons een stap verder, en daarmee valt onder bepaalde omstandigheden de genezende werking van melksuiker niet te ontkennen⁵.

Als de alternatieve geneeskunde zich bewust is van de grenzen van haar competentie staat niets de behandeling van functionele en "self-limiting" klachten in de weg. Die grens moet echter onder geen enkel beding worden overschreden. Het lijdt echter geen twijfel dat dit helaas met grote regelmaat gebeurt: Zowel de maretak als de smeewortel hebben dodelijke slachtoffers geëist.

Wat betekent deze beperkte tolerantie nu voor het limiteren van zorgkeuze, zoals de Commissie-Dunning adviseert? In de bovengenoemde visie vormen alternatieve geneeswijzen een welkome aanvulling voor de behandeling van niet of moeilijk objectificeerbare klachten, die meestal ook vanzelf genezen of verbeteren, en die veel tijd en geduld van de eerste-lijns zorg vragen. Daarmee valt dergelijke, ongetwijfeld nuttige, zorg in hetzelfde kader als het aspirientje, massage voor spierpijnen, en overdekkende psychotherapie: alles inconvenienten, waarvan de lasten niet op de gemeenschap moeten drukken. Men moet niet proberen om deze zaken binnen het keurslijf van het objectieve bewijs en de verkregen rechten van de burger te dwingen. Zo goed als de alternatieve patiënt stelt, dat hij of zij "recht" op dergelijke verstrekkingen heeft, kan zijn medemens met evenveel recht eisen om van het dragen van andermans lasten verschoond te blijven.

Literatuur:

1. Skrabanek P: Follies and fallacies in medicine. Tarragon Press, Glasgow 1989.
2. Fahländer H, Truog P: Placebowirkung und Alternativmedizin. Schweiz Med Wochenschr 1990; 120:581-8.
3. Ernst E: Is homeopathy a placebo? Br J Clin Pharmacol 1990; 30:173-5.
4. Pletscher A: Alternativmedizin: Glaube oder Wissenschaft? Schweiz Med Wochenschr 1990; 120:571-80
5. Müller HE: Homöopathie - Herausforderung oder Ärgernis für die wissenschaftliche Medizin? Deutsch Med Wochenschr 1988; 113:907-13.

Steun voor symposium

Het symposium is mede mogelijk gemaakt door steun van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Nederlandse Kankerbestrijding.

NICOLETTE VAN DER ZOUWE

Omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën

Het gebruik van alternatieve therapieën leeft bij kankerpatiënten. De meeste patiënten hebben op zijn minst iets gehoord van het *Moerman-dieet*. Er is altijd wel iemand in hun omgeving die een of andere alternatieve therapie heeft aanbevolen. Patiënten, of ze nu al dan niet alternatieve therapieën gebruiken of hier gebruik van willen maken, kunnen zich niet onttrekken aan het bestaan van alternatieve kankertherapieën. Dit betekent dat patiënten met kanker op een gegeven moment een keuze moeten maken.

Hoeveel patiënten maken nu gebruik van alternatieve kankertherapieën, om welke patiënten gaat het en waarom kiezen ze voor een alternatieve therapie? Om hierin meer inzicht te krijgen zijn

twee onderzoeken uitgevoerd bij in totaal 1151 kankerpatiënten uit verschillende ziekenhuizen in Noord-Holland. Van hen blijkt slechts 9,4% naast de reguliere een alternatieve behandeling te gebruiken en is 5,8% er na een periode weer mee gestopt. Verder heeft 7,9% het gebruik van een alternatieve kankertherapie overwogen maar is niet tot daadwerkelijk gebruik overgegaan. Maar ook een derde van de uitsluitend regulier behandelde patiënten sluit een eventueel gebruik in de toekomst niet uit. Vooral het Moerman-dieet, homeopathie en psychotherapeutische technieken zijn populair.

Alternatief behandelde patiënten zijn relatief jonger, hoger opgeleid en hebben meer bedenkingen over de reguliere zorg dan de uitsluitend regulier behandelde patiënten. Dit komt overeen met bevindingen uit andere onderzoeken bij gebruikers van alternatieve geneeswijzen.

Alternatief behandelde patiënten zijn tamelijk realistisch in hun inschatting wat ze van de alternatieve therapie kunnen verwachten. Ze geloven niet in wonderen; slechts een klein deel van de patiënten denkt dat ze door de alternatieve therapie kunnen genezen. Wel hopen ze het ziekteproces te vertragen.

Het zijn eerder angst en onzekerheid dan geloof in de werkzaamheid van alternatieve therapieën die kankerpatiënten naar die geneeswijzen doen grijpen. Het gebruik van alternatieve therapieën komt meer voor bij patiënten met een ongunstige prognose.

Daarnaast is de mogelijkheid om op eigen wijze een bijdrage te hebben aan de behandeling van hun ziekte, een belangrijke factor. De kans op het gebruik van alternatieve therapieën is groter bij patiënten die op een actieve wijze omgaan met problemen rond de ziekte. Dit kan hen het gevoel geven dat ze meer greep op de situatie krijgen. Dit geldt ook voor het geloof van veel alternatief behandelde patiënten dat persoonlijk beïnvloedbare factoren als voeding en stress een rol spelen in het ontstaan van kanker. Patiënten die een alternatieve therapie gebruiken doen dit niet zo zeer vanuit een blinde hoop op genezing, maar meer als een manier van omgaan met de angsten en vragen die ze hebben rond hun ziekte en behandeling.

DR. H.S. VERBRUGH

Hoe alternatieve therapieën te evalueren

Alternatieve therapie van kanker is per definitie niet mogelijk. Deze stelling wordt in deel I onderbouwd. Waarom er desondanks zoveel te doen is inzake kanker en alternatieve geneeswijzen en waarom dit toch niet allemaal kwakzalverij hoeft te zijn, wordt besproken in deel II en III.

I. Alternatieve Behandelwijzen en Kanker: een onmogelijke verbinding.

Niemand kan thans een nauwkeurige en volledige definitie geven van "alternatief" resp. "regulier". Dat zelfde geldt voor "kanker".

Een van de kenmerken waarover onder deskundigen relatief consensus bestaat omtrent "alternatieve" behandelwijzen is, dat deze behandelwijzen helpen of werkzaam zijn via ondersteuning van de 'vis medicatrix naturae' oftewel de genezende kracht van de natuur.

Een van de kenmerken waarover onder deskundigen relatief consensus bestaat omtrent "kanker" is, dat bij kanker sprake is van een materiële lesie. Kanker is dus zeker geen 'functionele stoornis'. Voorts wordt "kanker" gekenmerkt door "autonome groei". Essentieel voor "autonome groei" is nu, dat zo een gezwel, wanneer het niet fysiiek verwijderd wordt per definitie doorgroeit tot de patiënt dood is. Deze per definitie zonder fysieke verwijdering tot de dood leidende groei kan, nog steeds per definitie, alleen tot staan gebracht worden door fysieke verwijdering van het gezwel **oftewel door reguliere behandeling**. Mocht van een thans "alternatief" genoemde therapie ooit overtuigend bewezen worden dat, en nauwkeurig verklaard kunnen worden hoe, daarmee een kankergezwel tot verdwijning wordt gebracht, dan is deze therapie vanaf dat moment "regulier". Q.e.d.

Als dit het hele verhaal was, zou de diagnose 'flauwe kul' voor de hele alternatieve kankerleer gauw gesteld zijn - maar zó eenvoudig is het niet. Daarover gaat deel II.

II. Alternatieve Behandelwijzen en Kanker: charlatannerie.

Bekend in de alternatieve genezerij zijn 'testmethoden' waarmee ziekte zou kunnen worden aangetoond in een stadium of in een manifestatie die aan de reguliere diagnostische methoden ontsnapt.

Patiënt komt bij alternatieve 'genezer' met klacht, 'genezer' laat alternatieve diagnostische test los op patiënt en zegt op grond van de uitslag daarvan: "u heeft kanker maar als u mijn alternatieve pillen slikt zult u genezen".

De patiënt slikt de diagnose en de pillen, komt na enige tijd terug en krijgt dan van de oplichter - want dat is deze 'genezer' - te horen: "aan de uitslag van mijn test kan ik zien dat u nu genezen bent".

Vaak spreken 'genezers' die aldus werken overigens niet over kanker, maar over een zogenaamde '**precancerose**' oftewel een voor reguliere methoden niet aantoonbare afwijking die zonder behandeling tot kanker zal leiden. "U heeft een precancerose en als u zo door gaat krijgt u kanker, maar ... en zo voort", luidt dan de 'diagnose'; voor de rest loopt het verhaal geheel identiek. We zullen nu het verhaal nader bekijken in termen van deze 'precancerose'.

Het gaat hier om de **validiteit** van de begrippen 'kanker' en 'precancerose'. Kanker mag dan, logisch bezien, niet alternatief te genezen zijn - voor een 'precancerose' ligt dat anders. **Hoe en in welke mate** 'anders' hangt af van wat we onder 'precancerose' verstaan. Het is in dit verband relevant, dat kanker in het stadium waarin hij met zekerheid kan worden gediagnostiseerd, vrijwel zeker altijd een (lange) voorgeschiedenis heeft.

In dit verband is de half reguliere / half alternatieve theorie opgesteld dat in werkelijkheid vaak in het lichaam een beginnende vorm van 'kanker' ontstaat die door de 'vis medicatrix naturae' teruggedrongen wordt zodat deze 'precancerose' zich niet klinisch als kanker manifesteert.

Als deze theorie juist zou zijn, is er **theoretisch** niets op tegen om beginnende vormen van kanker die door de 'vis medicatrix naturae' teruggedrongen worden, als 'precancerose' te behandelen. Maar hoe toon je in het **individuele** geval van de concrete patiënt aan, dat dit **algemene** verhaal over 'precancerose' op hem van toepassing is?

Theoretisch door twee groepen patiënten te 'nemen' bij wie een alternatieve diagnose 'precancerose' is gesteld en aan de ene groep alternatieve, aan de andere géén therapie te geven en het aantal patiënten in de ene en de andere groep dat kanker krijgt te vergelijken.

Praktisch is dit onbegonnen werk. Men moet zeer grote aantallen patiënten nemen, want volgens de theorie gaat het om **ten dele spontaan** herstel door de 'vis medicatrix naturae'; de alternatieve therapie helpt de natuur alleen een handje. Ook in de niet behandelde groep zullen dus heel wat mensen nooit manifeste kanker krijgen.

Verder kan men niet meer zomaar patiënten 'nemen' voor een experimenteel onderzoek, zeker in de alternatieve sfeer. De meesten van hen (en hun genezers allemaal) **geloven** immers niet alleen in hun therapie, maar zijn er zelfs van overtuigd dat hun geloof en mentale instelling in een specifieke vorm van **synergie** 'samenwerkt met', ondersteunend werkt op de alternatieve therapie. Deelname aan een experimentele opzet zoals hier geschetst is vanuit deze filosofie bezien domweg onverstandig; geen redelijk mens doet dat.

III. Conclusies: toekomstperspectieven.

Ogenscheinlijk is de situatie met betrekking tot wetenschappelijke evaluatie van alternatieve kankertherapieën dus theoretisch en praktisch uitzichtsloos. In werkelijkheid is de situatie genuanceerder. Alternatieve diagnostiek van 'precancerose' hoeft niet per se alleen via charlatanneske niet-gevalideerde testmethoden plaats te vinden.

Met name in de sfeer van de zogenaamde 'antroposofische

geneeskunde' wordt in het kader van de 'wezensleden-diagnostiek' gewerkt aan een theoretische en praktische herwaardering van de subjectieve perceptie van de eigen lichamelijkeheid. De discussie hierover kan echter alleen plaats vinden op basis van gedegen medisch-filosofisch grondslagenonderzoek waarin 'objectief', 'subjectief', 'lichaam', 'lijf', 'lichamelijkheid' en andere begrippen nauwkeuriger en specifiek zijn omschreven en "geijkt" dan in het medische discours thans het geval is.

MR. E.K. WESSEL-TUINSTR

Opvattingen over alternatieve behandelwijzen in ons Parlement

Stellingen

1. De politiek dient te vertalen wat onder de mensen leeft. Zij dient rekening te houden met de maatschappelijke werkelijkheid.
 2. Die maatschappelijke werkelijkheid is dat tallozen zich buiten ziekenfondsverzekering en huisarts tot velerlei vormen van alternatieve geneeswijzen wenden. Wij kunnen dit niet negeren. Het is ondemocratisch om eenzijdig de natuurwetenschappelijk gefundeerde gezondheidszorg aan de mensen op te dringen, als zij zelf anders willen.
 3. Wel dient de overheid te waken over de kwaliteit. Zij heeft een aantal wetten tot stand gebracht die meer controle op de kwaliteit moeten brengen:
 - Kwaliteitswet zorginstellingen;
 - Wet beroepen individuele gezondheidszorg;
 - Wet medische experimenten;
 - Wet Behandelingsovereenkomst;etc.
- Deze wetten zijn van toepassing op de hele gezondheidszorg.
4. De hoge kosten van de gezondheidszorg worden niet speciaal veroorzaakt door de alternatieve geneeswijzen en/of -middelen.
 5. De reguliere gezondheidszorg en de alternatieve gezondheidszorg kunnen elkaar bevruchten.
 6. De proeven van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten verdienen ruime aandacht.
 7. In de geneeskunst telt ook het niet objectief meetbare.

Aan een artikel, dat verscheen in TNO-project 2, februari 1980, is het volgende ontleend. Mevrouw Wessel-Tuinstra gaf er de titel aan: Kanker en politieke besluitvorming - de medische wetenschap als "enig kind".

Mag, moet of kan je nu (medische) wetenschap buiten de politiek houden? Het antwoord is volstrekt duidelijk: het kan niet, het mag niet, het moet niet. Wetenschap is niet waarde vrij. Wetenschap ontwikkelt zich niet op een onbewoond eiland, maar wordt beoefend door mensen die leven in een bepaalde maatschappelijke context.

Voor de medische wetenschap is dit niet anders dan voor iedere andere wetenschap. Hoogstens heeft het daar langer geduurd dan elders voordat men ontdekte hoe sterk ook deze medische wetenschap(sbeoefening) beïnvloed werd door in de maatschappij overheersende waarden. Deze late ontdekking heeft ongetwijfeld te maken met de sfeer van magie en ontzag, die de medische wetenschap lang heeft omringd.

Zo zien we, het is overbekend, ook in de medische wetenschap een eenzijdige uitbouw naar de technologische vernieuwing, een toename van exclusieve specialismen, sterke nadruk op cureren (korte termijn), minder op preventie (lange termijn) enzovoorts.

De ontwikkeling van de medische wetenschap voldoet niet langer aan de doelstelling van de samenleving, namelijk humanisering. De samenleving en dus de politiek heeft deze ontwikkeling te lang op zijn beloop gelaten. Te lang dacht men dat de "professie" het alléén af kon. Niets is minder waar. Technisch vernuft brengt altijd afhankelijkheid met zich mee. De macht van hen die deze technische kennis hebben wordt daardoor groot. In de medische

Waarom dit symposium?

Het symposium Alternatieve Behandelwijzen en Kanker is bedoeld voor specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, patiënten en andere geïnteresseerden in het onderwerp Alternatieve Behandelwijzen en Kanker.

Veel kankerpatiënten worden op een bepaald ogenblik tijdens het ziekteproces immers geconfronteerd met alternatieve behandelwijzen. Het symposium beoogt het voor en tegen van deze behandelwijzen op een systematische wijze aan de orde te stellen, zodat het voor patiënten duidelijker wordt waarvoor zij eventueel kunnen kiezen. Aan de behandelaars en verzorgers van kankerpatiënten in de ruimste zin wordt tijdens het symposium getracht duidelijk te maken wat er bekend is over alternatieve behandelwijzen voor kanker (achtergronden en effecten) zodat zij patiënten beter kunnen voorlichten en helpen bij het maken van een keuze. De uiteenlopende achtergrond van de sprekers (biologisch, psycho-sociaal en medisch) garandeert dat alle aspecten rondom Alternatieve behandelwijzen aan de orde komen. Daarnaast is een plaats ingeruimd voor de patiënt zelf, voor de politiek en de Gezondheidsraad. Voor en tegenstanders van alternatieve behandelwijzen voor kanker zullen hun standpunt hierover uiteen zetten en met elkaar in discussie gaan.

wetenschap lijkt deze macht meer dan elders te gaan over leven en dood.

Is dat niet de hoogste macht? Inderdaad, maar juist daarom dient die macht te worden gecontroleerd en gestuurd. En in een democratie is de uiteindelijke machtscontrole en sturing nu eenmaal aan regering en parlement voorbehouden. De professie kan en moet vanuit haar eigen verantwoordelijkheid daarbij behulpzaam zijn. Daartoe is zij nog maar nauwelijks bereid en ook bij politici bestaat drempelvrees. (...) Je kunt nooit weten of je "ze" nog eens nodig hebt. Naast beschroomdheid werd veel te weinig ingezien dat technologische ontwikkelingen maatschappelijke en politieke consequenties hadden.

Ik denk dat de ontwikkeling rond de kankerbestrijding exemplarisch is voor de (...) verhouding tussen medische wetenschap, gezondheidszorg en politiek. Aan de kankerbestrijding wijdde de vaste commissie voor volksgezondheid van de Tweede Kamer een speciale openbare commissie-vergadering. Daaraan gingen twee hoorzittingen vooraf, die een enorme respons vonden en er blijk van gaven hoezeer de mensen met het probleem kanker rondtobben.

Deze openbare beraadslaging over kankerbestrijding is in de medische wereld nogal bekritiseerd. De medische wetenschap heeft iets van een verwend kind: naar verhouding ruim bedeed met financiële middelen, weinig hinderlijk gevolgd door controle van buitenaf (...) Ook zonder een gericht evaluatiesysteem. Weinig gestraft, veel geprezen. Deze vrijheid van de onderzoeker heeft zeker tot grote creativiteit geleid en het Nederlandse medisch-wetenschappelijke onderzoek heeft een goede naam.

"Natuurlijk" heerst ook hier een zeker hobbyïsme. Dit hoeft niet schadelijk te zijn, mits deze hobbies ook enigszins parallel lopen met de door de samenleving gevraagde prioriteiten. Onderzoek naar alternatieve geneeswijzen is zo'n prioriteit.

Onbehalen of teleurstelling met de strikt natuurwetenschappelijke benadering van kanker, onbehalen ongetwijfeld ook met het, ondanks de grote inzet van de onderzoekers, nog niet optimale resultaat van het kankeronderzoek, stimuleert de vraag naar andere methoden, naar een andere benadering. Daarnaast appelleren sommige alternatieve geneeswijzen meer aan zelfwerkzaamheid van de patiënt, dan de traditionele soms doen en ook dat spreekt aan. Bewijzen dat deze alternatieven de mensen beter helpen zijn niet te geven. Maar in de samenleving leeft (gelukkig) meer dan te bewij-

zen is. Het is de taak van het parlement deze levenstekens op te vangen, temeer wanneer de gewone medische wetenschap dit consequent weigert. Het is dus niet meer dan voldoen aan een democratische plicht wanneer het parlement verzoekt om een methode te toetsen, waarin een aantal mensen geloven, waaraan een aantal twijfelt en waar een aantal volstrekt afwijzend tegenover staat.

Medische wetenschap en politiek moeten aan elkaar wennen. Het is volstrekt noodzakelijk dat zij over hun schroom ten aanzien van elkaar heen groeien. Politieke keuzen in de gezondheidszorg kunnen niet gemaakt worden zonder gerichte informatie vanuit de medische wereld.

A.R.M.G. VERHEIJ-KERSKES,

Alternatieve behandelwijzen, wat doet de patiënt ermee

Mij is gevraagd u in het kort te vertellen waarom mensen naast de gewone reguliere behandelingen vaak ook kiezen voor een alternatieve aanvulling.

Ik wil u duidelijk maken welke argumenten een rol spelen en voor welke dilemma's men kan komen te staan. Natuurlijk kan ik alleen voor mezelf spreken. Ik denk echter, dat de motieven die voor mij belangrijk waren, óók voor een groot deel van toepassing zijn op die van andere patiënten.

Voor mij waren in de beginperiode twee dingen heel belangrijk:

1. hoe wordt ik gezond
2. hoe blijf ik gezond

Om het eerste te bereiken zou ik me laten opereren en bestralen. Om deze behandelingen te ondersteunen en om het tweede te bereiken, wilde ik zo gezond mogelijk gaan leven. Ik koos voor het Moerman-dieet. Op die manier, dacht ik, zou mijn weerstand groter worden en de kanker minder gauw een kans krijgen om weer toe te slaan. Voor mij was het dieet tevens een manier om zelf daadwerkelijk ook actief mee te werken aan het genezingsproces.

De reacties vanuit de gezondheidszorg waren nogal negatief. Ondanks dat, ben ik het dieet toch gaan volgen. Ik kreeg daardoor weer vertrouwen in mijn eigen lichaam, dat me toch maar mooi in de steek had gelaten. Het gezin stond vierkant achter mijn besluit, alhoewel de gezinsleden niet zelf overgestapt zijn op het dieet. Als zij zich echter ook negatief hadden opgesteld, weet ik niet of ik het had volgehouden. Dagelijks was ik dan geconfronteerd met het feit dat ik naar hun mening aan iets zinloos bezig was. Nú kon ik iedere dag concreet vechten tegen mijn kanker.

Een opmerking die je nogal eens hoort is: je raakt in een sociaal isolement, daar je aan veel dingen niet meer deel kan nemen. Dat hoeft niet zo te zijn. Als de directe omgeving rekening met je houdt, is er al veel gewonnen, maar ook je eigen opstelling is belangrijk. Als ik wist, dat er op een feestje onmogelijk rekening met me gehouden kon worden, dan sjouwde ik mijn eigen hapjes en drankjes mee, maar ik ging wél!

Andere veel gehoorde opmerkingen zijn:

- het kost zoveel moeite
- het kost zoveel tijd

en als beloning krijg je een smakeloze hap op tafel. Inderdaad aan de manier van koken moet je wennen. Je moet leren alles zo handig mogelijk in te delen. Dat gaat je steeds beter af. Na verloop van tijd had ik aardig wat lekkere recepten.

Twee jaar heb ik het dieet streng gedaan. Nu volg ik het in grote lijnen, meer in de vorm van volwaardige voeding met veel verse groente en veel vers fruit.

Later heb ik als aanvulling op de professionele hulp ook met lotgenoten contact gezocht. Dat ik daar behoefte aan zou krijgen had ik nooit gedacht. Destijds had ik alles op een rijtje staan:

- opereren
- bestralen
- werken aan beter worden
- zorgen dat alles zo snel mogelijk weer zou worden als vroeger
- vervolgens die nare periode afsluiten en vergeten

Dan ga je op een gegeven moment ervaren dat het nooit meer zo wordt als vroeger. Je bent geconfronteerd geweest met je eigen leven en dood en dat laat een stempel achter. Je gaat merken dat er veel dingen zijn, die je leven blijvend hebben beïnvloed en veranderd. In het begin kun je daar over praten. Op den duur wil je niet altijd dezelfde personen lastig vallen met jouw angsten en twijfels. Zij hebben tenslotte ook heel wat te verwerken gekregen.

Zo'n moeilijke periode maken veel vrouwen door. Meestal begint dat, als de intensieve zorg van het ziekenhuis weg valt en de omgeving (ook de vrouw zelf) verwacht, dat ze de draad weer oppakt. Maar de verwerking van alles beging dan pas. Dan ontdek je dat je niet meer terug kan komen in je baan, dat je incontinent bent, dat je je minder vrouw voelt, dat je seksuele leven veranderd is. Jonge vrouwen worden geconfronteerd met ongewilde kinderloosheid enz., enz.

Het uitwisselen van ervaringen en het delen van angst, onzekerheid en verdriet kan dan een grote steun zijn. Dit soort steun kan niet binnen het circuit van de professionele hulp gegeven worden. Lotgenoten contact is dus een goede aanvulling. Zowel het Moerman-dieet als het lotgenoten contact hebben in ieder geval bij mij een positieve bijdrage geleverd aan mijn lichamelijke en geestelijke gezondheid.

PROF. DR. E. SCHADÉ

Alternatieve behandelingen gezien vanuit het standpunt van de huisarts: over macht en machteloosheid

Alternatieve geneeswijzen zijn er altijd geweest en zullen altijd blijven bestaan. Vaak volkomen ten onrechte ervaart de huisarts de gang van de patiënt naar een alternatieve genezer als een motie van wantrouwen ten opzichte van het eigen functioneren. De mededeling van de patiënt aan zijn huisarts dat hij een andere geneeswijze zoekt is echter dikwijls juist een blijk van vertrouwen. De patiënt hoeft dit immers niet aan de huisarts te melden. Deze mededeling van de patiënt mag zeker niet ontaarden in het verbreken van de arts-patiënt-relatie door huisarts of specialist. Ook hier geldt weer dat overleg met de alternatieve genezer over een goede afstemming gewenst is.

Het stadium waarin de ziekte verkeert en de genezingskansen zullen zeker van invloed zijn op de houding van de huisarts ten aanzien van de alternatieve geneeswijze. Wordt de patiënt curatief behandeld voor een ziekte met een goede prognose dan is het mijns inziens strikt noodzakelijk minimaal tot een compromis te komen: de alternatieve geneeswijze kan worden gevolgd mits de reguliere behandeling maar niet wordt onderbroken. Helaas stuit deze visie vaak op weerstand bij de alternatieve genezers. Anders is het bij de patiënt met een infauste prognose. De gang naar de alternatieve genezer heeft dan vaak de betekenis dat de patiënt, die ervaart dat de reguliere geneeskunde hem of haar weinig meer heeft te bieden toch nog de beslissing in eigen hand wil nemen: "het ongrijpbare grijpbaar maken". In het belang van de patiënt is een compromis-model ook hier te prevaleren boven een conflictmodel. Het is opvallend en veelzeggend dat noch huisartsen en specialisten noch alternatieve genezers over het algemeen bereid zijn de eigen handelwijze en houding ten opzichte van elkaar constructief te bespreken.