

ging tot abcesvorming van *S. milleri* is niet voorhanden. Sommige auteurs leggen een verband met de productie van hyaluronidase en de vorming van fagocytoseremende oppervlaktestructuren.<sup>4 12-14</sup> Ook een synergisme met andere bacteriën, met name anaëroben, lijkt waarschijnlijk.<sup>15</sup> In ruim 30% van de bacteriëmieën wordt een mengflora aangetroffen, hetgeen niet verwonderlijk is met het maag-darmkanaal als voornaamste porte d'entrée.<sup>11</sup>

*S. milleri* is meestal goed gevoelig voor penicilline. In geval van resistentie of overgevoeligheid voor penicilline vormen cefalosporinen, clindamycine en vancomycine een goed alternatief. Bij hersenabcessen kan in een dergelijk geval voor chlooramfenicol worden gekozen. Het is belangrijk langdurig (bij hersen- en leverabcessen minstens 6 weken) en voldoende hoog parenteraal te doseren. Bij patiënt B is achteraf gezien te vroeg overgegaan op orale antibiotica. In een aantal gevallen zal men bij diepe infecties niet met antibiotica alleen kunnen volstaan. Percutane echo- of CT-geleide drainage met behulp van voldoende dikke catheters heeft dan de voorkeur. Wat betreft leverabcessen zijn de resultaten van percutane drainage ongeveer hetzelfde als van chirurgische drainage.<sup>16</sup> Alleen bij uitzondering zal open chirurgische drainage dus noodzakelijk zijn.

Dames en Heren, in deze les hebben wij u laten zien dat onder meer door verbeterde determinatiemethoden *S. milleri* steeds vaker als oorzakelijk agens wordt aangetoond bij patiënten met ernstige purulente infecties. Met deze verwekker dient u dan ook terdege rekening te houden.

Wij danken J.C.de Graaf en dr.J.W.Berkelbach van der Sprengel, assistent-geneeskundigen, en prof.dr.Th.J.M.V.van Vroonhoven, chirurg, voor hun bijdrage aan dit artikel.

#### LITERATUUR

- 1 Whiley RA, Hardie JM. DNA-DNA hybridization studies and phenotypic characteristics of strains within the 'Streptococcus milleri group'. J Gen Microbiol 1989; 135: 2623-33.
- 2 Poole PM, Wilson G. Occurrence and cultural features of Streptococcus milleri in various body sites. J Clin Pathol 1979; 32: 764-8.
- 3 Ingham HR, Sisson PR. Isolates of group F Streptococcus. Am J Clin Pathol 1979; 68: 798.
- 4 Ruoff KL. Streptococcus anginosus ('Streptococcus milleri'): the unrecognized pathogen. Clin Microbiol Rev 1988; 1: 102-8.
- 5 Blom HJ, Heinemann CW, Dijk T van, Vervaat ThJ. Ernstig verlopende infecties door Streptococcus milleri. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 506-9.
- 6 Libertin CR, Hermans PE, Washington II JA. Beta-hemolytic group F streptococcal bacteremia: a study and review of the literature. Rev Infect Dis 1985; 7: 498-503.
- 7 Facklam RR. Physiological differentiation of viridans streptococci. J Clin Microbiol 1977; 5: 184-201.
- 8 Gossling J. Occurrence and pathogenicity of the Streptococcus milleri group. Rev Infect Dis 1988; 10: 257-85.
- 9 Melo JC, Raff MJ. Brain abscesses due to Streptococcus MG-intermedius (Streptococcus milleri). J Clin Microbiol 1978; 7: 529-32.
- 10 Moore-Gillon JC, Eykyn SJ, Phillips I. Microbiology of pyogenic liver abscesses. Br Med J 1981; 283: 819-20.
- 11 Chua D, Reinhart HH, Sobel JD. Liver abscess caused by Streptococcus milleri. Rev Infect Dis 1989; 11: 197-202.
- 12 Unsworth PF. Hyaluronidase production in Streptococcus milleri in relation to infection. J Clin Pathol 1989; 42: 506-10.
- 13 Winstanley TG, Magee JT, Limb DI, et al. A numerical taxonomic study of the 'Streptococcus milleri' group based upon conventional phenotypic tests and pyrolysis mass spectrometry. J Med Microbiol 1992; 36: 149-55.
- 14 Willers JMN, Michel MF, Sysma MJ, Winkler KC. Chemical analysis and inhibition reactions of the group and type antigens of group F streptococci. J Gen Microbiol 1964; 36: 95-105.
- 15 Brook I, Hunter V, Walker RI. Synergistic effect of Bacteroides, Clostridium, Fusobacterium, anaerobic cocci and aerobic bacteria on mortality and induction of subcutaneous abscesses in mice. J Infect Dis 1984; 149: 924-8.
- 16 Dondelinger RF, Kurdziel JC, Gathy C. Percutaneous treatment of pyogenic liver abscess: a critical analysis of results. Cardiovasc Intervent Radiol 1990; 13: 174-82.

Aanvaard op 14 januari 1993

#### Commentaren

### Gebruik van alternatieve geneeswijzen: tussen hoop en vrees

A.J.DUNNING

In het zicht van ernstig lijden en dood zijn mensen geneigd afstel, verlichting of zelfs genezing te zoeken, tot iedere prijs. In dit tijdschriftnummer zijn 4 bijdragen te vinden die het gebruik van niet-reguliere geneeswijzen beschrijven bij patiënten met kanker, met HIV-besmetting of AIDS, met multipole sclerose of met myasthenia gravis.<sup>1-4</sup> De bij enquête vastgestelde percentages gebruikers van deze geneeswijzen in de genoemde patiëntengroepen liggen aanzienlijk hoger dan in de algemene be-

Zie ook de artikelen op bl. 286, 289, 294, 296, 300, 307, 310 en 315.

volking; vaak is het percentage hoger naarmate de ziekte ernstiger is.

Van de alternatieve geneeswijzen worden in de regel geen wonderen verwacht en dikwijls worden ze afgedankt als ze geen effect hebben. Vaak wordt gehoopt op tijdelijke verbetering, verhoging van de weerstand of vermindering van klachten. De gekozen alternatieve ge-

Prof.dr.A.J.Dunning, cardioloog, hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Postbus 75971, 1070 AZ Amsterdam.

neeswijzen verschillen per aandoening. Bij de beschreven kankerpatiënten zijn het vaak dieet en psychologische technieken als mediteren en yoga. Bij AIDS-patiënten gaat het om hoge doses vitaminen, psychologische technieken en homeopathie, bij patiënten met multipole sclerose om dieet en homeopathie maar ook om acupunctuur. De alternatieve geneeswijze wordt soms zonder maar ook veelvuldig met medeweten van de huisarts gezocht.

Een gemeenschappelijk kenmerk van deze patiënten is dat zij hun ziekte niet passief willen ondergaan, maar er zelf actief iets tegen willen ondernemen. Voor diagnostiek en behandeling zijn zij vaak aangewezen op grote ziekenhuizen, medische technologie en verschillende behandelaars. Het ziekteproces heeft vaak een grillig beloop dat maar zeer ten dele door reguliere behandeling kan worden beïnvloed, een onzekerheid die dwingt tot leven tussen hoop en vrees. Waar de rationaliteit van onze moderne geneeskunde dwingt tot de erkenning dat het ergste gevreesd moet worden en waar de geneeskunde dat tegenwoordig de patiënt ook meedeelt, blijft alleen de hoop op een andere weg over.

Die weg is gemakkelijk te vinden. De kwantitatieve betekenis van alternatieve geneeswijzen is in 1987 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid waar mogelijk in kaart gebracht.<sup>5</sup> Geschat wordt dat jaarlijks 1 miljoen patiënten een alternatieve behandelaar raadplegen, terwijl er 50 miljoen contacten met de huisarts zijn.

Er zijn ruim 4000 alternatieve behandelaars, georganiseerd in drie dozijn beroepsorganisaties; van hen heeft bijna twee derde een reguliere opleiding tot arts, fysiotherapeut of verpleegkundige gehad. Er zijn enkele honderden alternatieve geneeswijzen, van potsierlijk tot kosmisch. Er blijken echter 6 hoofdstromingen te zijn: acupunctuur, antroposofische geneeskunde, homeopathie, manuele geneeswijzen, natuurgeneeswijzen en paranormale geneeswijzen, die soms in combinatie met of naast de reguliere praktijk worden toegepast.

De niet onaanzienlijke kosten worden in de regel niet vergoed door verzekeraars en patiënten brengen daar ongeveer 600 miljoen gulden per jaar voor op, een bedrag gelijk aan de begroting van onze 8 medische faculteiten.

Er zijn vele verklaringen gezocht voor de vlucht in de alternatieve geneeskunde. De kille, onpersoonlijke medische technologie zou de patiënt reduceren tot een object, terwijl de alternatieve behandelaar tijd, aandacht en zorg besteedt aan de gehele patiënt. Anderen wijzen op de behoefte zelf over leven en lot te beschikken en tot zelfontplooiing en inzicht te komen bij ernstig lijden. Het zijn echter niet alleen ernstig zieke patiënten die alternatieve geneeswijzen naast de reguliere verkiezen, maar ook mensen die lijden aan het kleine ongemak, de hinderlijke kwaal of het chronisch onbehagen en daarvoor een uitkomst zoeken. Bij dit alles rapporteren de beoefenaars van alternatieve geneeswijzen zelf gewoon goede resultaten van hun behandeling, terwijl in toenemende mate de rechter moet oordelen als er ernstige schade is ontstaan.

De alternatieve geneeswijzen hebben zich, parallel

aan een indrukwekkende ontwikkeling van de reguliere geneeskunde, een plaats verworven in onze samenleving, als een schaduw. Er is een aanzienlijke vervlechting met de reguliere geneeskunde, vooral bij huisartsen, waardoor de alternatieve behandelwijzen delen in een zekere maatschappelijke erkenning en waardering. Het heeft ertoe geleid dat velen die niet-reguliere geneeswijzen uit de schaduw willen halen, door toetsing, meting van effect, erkenning en registratie en een opleiding. Zodoende hoopt men kaf van koren te (onder)scheiden.

De Gezondheidsraad heeft via de commissie Alternatieve Behandelwijzen recentelijk een bijna 800 pagina's dik rapport geproduceerd als resultaat van 10 jaar overleg.<sup>6</sup> Die berg heeft één muisje gebaard: een aanbeveling tot onderzoek van het praktisch effect en een fundamentele analyse van begrippen als ziekte, gezondheid en genezing, met als eerste wens een onderzoek naar het placebo-effect.

Voor dat onderzoek kan simpelweg naar de geschiedenis van de geneeskunde worden verwezen. In het verleden waren de meeste behandelwijzen – van aderlaten tot koppen zetten, van de kwikkuur tot de kruidenmengsels – irrationeel en niet ongevaarlijk, maar wetenschappelijk aanvaard. Artsen waren over het algemeen geacht en patiënten waren tevreden, want er was niets anders of beters, ook al vreesde men klisterspuit of bloedzuiger.

Wie naar effectmeting van niet-reguliere behandelwijzen van vandaag zoekt, kan in veel tijdschriften terecht, waaronder het onze. Opgezadeld met een omgekeerde bewijslast hebben veel reguliere artsen met reguliere onderzoeksmethoden de effecten van acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijze of manuele therapie bij verschillende aandoeningen bestudeerd, naast de beschrijving van resultaten door niet-reguliere behandelaars.

De vakgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg heeft onlangs een literatuurstudie over de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen gepubliceerd,<sup>7</sup> waarin geconstateerd wordt dat de methoden waarmee alternatieve geneeswijzen zijn onderzocht vaak ontoereikend zijn. Waar die methodologie wel verantwoord is, wordt bij de meest toegepaste behandelwijzen met producten van medicinale planten, acupunctuur, diëten en vitaminen geen enkel effect aangetoond. Enig 'voordeel van de twijfel' wordt gegeven aan ginseng en sommige homeopathische middelen, maar ook dan wordt gewezen op de theoretische onwaarschijnlijkheid en het praktisch probleem van onvoldoende goed opgezette onderzoeken. Het geheel is een treurige catalogus van hoop en vrees, van acupunctuur bij astma, knoflook bij hart- en vaatziekten en maretak of amandelpit bij kanker. Bij dat alles lijkt ook publikatiebias een rol te spelen omdat negatieve uitkomsten vaak niet ter publikatie worden aangeboden.

Dat onderzoek zou, naar de aanbeveling van de Gezondheidsraad, opnieuw en beter kunnen worden gedaan, maar de vraag blijft of dat een verstandige raad is. Reguliere en niet-reguliere onderzoekers hebben elkaar nooit kunnen vinden wat betreft een opzet voor een onderzoek naar het Moerman-dieet en de voorstanders volstonden na 50 jaar in 1991 met een historische be-

schrijving van de methode en 35 casuïstische mededelingen.<sup>8</sup> Negatieve uitkomsten van alternatieve geneeswijzen zouden ook consequenties moeten hebben, zoals het beëindigen van dergelijke therapieën, maar het is niet te verwachten dat aan een dergelijke onderzoeksvoorwaarde zal worden voldaan. Het lijkt mij dan ook een fundamentele misvatting te menen dat regulier en alternatief elkaar voor de rechtbank van de rede zullen ontmoeten en elkaar zullen erkennen. Daarvoor zijn hun werelden van denken en doen te verschillend.

Het mag de overheid, de ziektekostenverzekeraars of de artsen dan interesseren of alternatieve geneeswijzen wetenschappelijke erkenning vinden, maar daar gaat het niet om. Het gaat om de erkenning van de patiënt die iets zoekt wat hij of zij kennelijk in de geneeskunde van alledag niet kan vinden. Hoewel weinigen naar hun vakantiestemming willen vliegen met een paranormaal begaafde maar niet gebrevetteerde piloot of hun geld laten beleggen door een helderziende, drijven hoop en vrees vele mensen naar irrationeel gedrag en magische verwachtingen voor lijf en ziel.

Sekten, werd ons vroeger geleerd, zijn de onbetaalde rekeningen van de kerk. Alternatieve geneeswijzen weerspiegelen ook tekorten in ons medisch handelen, bij chronische ziekte en levensbedreigende aandoening. Die tekorten betreffen niet het onthouden van placebo's of wondergenezing, maar eerder de miskenning van de ziektebeleving van onze patiënten, die tijd, aandacht, maar ook eigen verantwoordelijkheid bij het omgaan met hun ziekte wensen en een context waarin deze ziektebeleving wordt begrepen. Daarbij helpt het patiënten structuur in hun bestaan te bieden, ook al is het maar door eenvoudige regels over eten en drinken, slapen en waken, bewegen en rusten. Niets is immers graauer dan door het blinde lot aan een ziekte te zijn overgeleverd en machteloos een onbegrepen en onvolledige behandeling te moeten ondergaan. In die zin bestaat er voor patiënt

en arts de fundamentele vraag wat ziekte, gezondheid en genezing of het ontbreken ervan in ieders leven betekenen.

In die fundamentele dialoog tussen geneeskunde en patiënten speelt de huisarts een belangrijke rol. Zijn beroepsgroep heeft zich in de afgelopen jaren geprofileerd en geprofessionaliseerd door grondiger opleiding, kritische toetsing en de ontwikkeling van standaarden voor het medisch handelen, dat alles gericht op de kwaliteit van zorg. In de reguliere zorg voor de patiënt met ernstige, chronische ziekte hoort troost als er weinig hoop is en hulp als de vrees groot is. Dat is een beter alternatief dan de korte baan van het placebo uit de niet-reguliere winkel van Sinkel.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Zouwe N van der, Dam FSAM van, Aaronson NK, Hanewald GJFP. Alternatieve geneeswijzen bij kanker: omvang en achtergronden van het gebruik. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 300-6.
- <sup>2</sup> Wolffers I, Morée S de. Gebruik van alternatieve geneeswijzen door HIV-positieven en AIDS-patiënten in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 307-10.
- <sup>3</sup> Ploeg HM van der, Molenaar MJ, Tiggelen CWM van. Gebruik van alternatieve behandelwijzen door patiënten met multipole sclerose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 296-9.
- <sup>4</sup> Beekman R, Oosterhuis HJGH. Gebruik van alternatieve geneeswijzen door patiënten met myasthenia gravis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 294-6.
- <sup>5</sup> Maassen van den Brink H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987.
- <sup>6</sup> Gezondheidsraad: Commissie alternatieve behandelwijzen. Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 1993.
- <sup>7</sup> Kleynen J, Riet G ter, Knipschild P. Effectiviteit van alternatieve geneeswijzen: een literatuuronderzoek. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Epidemiologie, 1993.
- <sup>8</sup> Wiese JA. Retrospectief onderzoek naar de effectiviteit van de Moermantherapie bij kankerpatiënten. Den Haag: SDU, 1991.

Aanvaard op 27 december 1993

## *Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling*

H.D.C.ROSCAM ABBING

Alternatieve behandelwijzen (dat wil zeggen behandeling anders dan door middel van door de medische professie in het algemeen aanvaarde methoden en normen) hebben op sommige patiënten aantrekkingskracht. Dit ondanks het feit dat vergoeding van alternatieve behandelwijzen (als niet gebruikelijk in de kring der medische beroepsgenoten) veelal niet plaatsvindt ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering. Men moet zelf de rekening betalen of zich particulier 'alternatief' verzekeren. De lasten voor de patiënt zijn evenwel niet altijd al-

Zie ook de artikelen op bl. 284, 289, 294, 296, 300, 307, 310 en 315.

leen financieel van aard. Ook schade aan de gezondheid kan een gevolg zijn van het zoeken van hulp bij alternatief georiënteerde hulpverleners, soms zelfs met de dood als gevolg.

Als er iets misgaat in de gezondheidszorg, wordt veelal de rechter ingeschakeld. Ook wordt de blik dan nogal eens gericht op de overheid: maakt zij wel voldoende gebruik van de ter beschikking staande juridische instru-

Rijksuniversiteit, Molengraaff Instituut voor Privaatrecht, Nobelstraat 2a, 3512 EN Utrecht.  
Mw.prof.mr.H.D.C.Roscam Abbing.