

Kindergeneeskunde en kwakzalverij

Een reactie op het themanummer integratieve geneeskunde van het Tijdschrift voor kindergeneeskunde, december 2011;79(6).

Verontrust lezen wij steeds vaker over de alternatieve capriolen van collega-kinderartsen.

In een artikel in het *Medisch Contact* (april 2010) gaf kinderarts-intensivist I.A. von Rosenstiel (Slotervaart-ziekenhuis, Amsterdam) hoog op over haar samenwerking met een natuurgeneeskundige. Gelukkig nam de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een duidelijk standpunt in: 'Het bestuur van de NVK neemt afstand van de inhoud van het artikel en de daarin gesuggereerde meerwaarde van samenwerking met een natuurgeneeskundige op basis van het door de auteurs uitgevoerde onderzoek' (*Medisch Contact*, juni 2010). Vervolgens berichtte onder andere *Trouw* (oktober 2011) over kinderlongarts E. Dompeling (Maastricht Universitair Medisch Centrum) die, tijdens

een privéreis, na gebedsgenezing een aantal blinde Birmese weeskinderen genezen verklaarde. Onderzoeksjournalist K.C. Smouter toonde enkele maanden later aan dat deze kinderen echter nog steeds blind waren. Helaas reageerde de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) niet erg uitgesproken: 'Iedereen is vrij om aan gebedsgenezing deel te nemen, ook als arts. Maar dit moet uitdrukkelijk gebeuren als privépersoon.' Zeer recent publiceerde het *Journal of Advanced Nursing* (M. de Jong, et al. december 2011) een studie vanuit de kinder-IC van het Erasmus MC Rotterdam waarin werd aangetoond dat aromatherapie door middel van een massage met mandarijnnolie bij kinderen na een uitgebreide cranio-faciale chirurgie niet tot minder pijn of stress leidt. Waar is het bizarre idee ontstaan dat deze 'behandeling' wel zinvol zou kunnen zijn? En hoe kan de medisch-ethische commissie van het Erasmus MC toestemming voor deze studie hebben gegeven? Op deze kinder-IC was tot

2009 S.J. Gischler aangesteld, die zich naast haar werk als kinderarts-intensivist, bezighield met acupunctuur bij kinderen.

Als klap op de vuurpijl komt het Tijdschrift voor kindergeneeskunde eind december 2011 met een themanummer over 'integratieve' geneeskunde. Onder deze vlag worden in een tiental artikelen de voordelen van zogenaamde CAM (*complementary and alternative medicine*)-therapieën als homeopathie, antroposofie, acupunctuur en osteopathie bij kinderen beschreven. Beweren dat 'integratieve' kindergeneeskunde meerwaarde heeft doordat niet alleen naar lichamelijke klachten en ziekte wordt gekeken, maar ook naar aspecten als ontwikkelingsfase, persoonlijkheidsstructuur en gezins- en schoolsituatie en doordat mét de patiënt en de ouders tot een behandeling wordt gekomen, is diskwalificatie van de reguliere kindergeneeskunde. Wij denken namelijk dat wij dit zelf, en met ons de meeste regulier werkende collega-kinderartsen, dagelijks in de praktijk brengen. Het heeft er alle schijn van

dat de naam 'integratieve' met name gebruikt wordt om de verschillende complementaire en alternatieve behandelingen voor een grotere groep medici aanvaardbaar te maken. Hoewel in sommige artikelen voorzichtig wat kritische kanttekeningen worden gemaakt, is de complete toonzetting van het tijdschrift uitermate positief. CAM-therapieën bij kinderen, zo wordt gezegd, zijn veilig én effectief. Niet zo vreemd, als je een slager zijn eigen vlees laat keuren; de auteurs zijn bijna allen beoefenaars van de verschillende CAM-therapieën die zij beschrijven. Het had de (gast)redactie gesierd als er ook ruimte was geweest voor een meer kritische noot, bijvoorbeeld door de Vereniging tegen de Kwakzalverij. Want hoe veilig zijn CAM-therapieën daadwerkelijk? Extreem verdunde homeopathische middelen kennen, naast dat ze geen groter positief effect dan het placebo-effect zullen hebben, logischerwijs geen directe bijwerkingen. Anders is dit voor bijvoorbeeld kruidenpreparaten, die direct toxisch, of verontreinigd met toxische bestanddelen kunnen zijn. Ook kunnen er interacties voorkomen met reguliere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt. En van craniosacraaltherapie kennen we allemaal de in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (april 2009) gepubliceerde fatale afloop bij een 3 maanden oude zuigeling. Een ander serieus probleem is dat CAM reguliere kindergeneeskundige zorg kan doorkruisen: dit kan leiden tot onthouding of discontinuïteit van reguliere diagnostiek en therapie en hiermee tot gemiste of (te) laat gestelde diagnoses, onderbehandeling en eventueel vergrote ziektelast. Zo blijkt bijvoorbeeld dat bijna de helft van de kinderen na een bezoek aan het antroposofische Kindertherapeuticum Zeist minder van zijn eerder, regulier voorgescreven, medicijnen gebruikt. Dat er studies zijn die aantonen dat

CAM-therapieën meer werkzaam zijn dan het placebo-effect alleen, is niet onverwacht en inherent aan onze statistische afspraken. Een verschil in uitkomst of werkzaamheid wordt significant bevonden als de kans dat dit verschil op toeval berust kleiner is dan 5%. Van twintig gerandomiseerde klinische trials (RCT's) naar het effect van een bepaalde therapie kan dus alleen door het toeval één onderzoek werkzaamheid aantonen. Daarnaast is er de bias dat studies met een negatieve uitkomst (dus geen effect) veel minder vaak worden gepubliceerd en daardoor in systematische reviews niet mee worden genomen. Deze overwegingen bij de interpretatie van studieresultaten en reviews zijn overigens net zo valide voor studies naar reguliere therapieën. Maar wat maakt dat 30-60% van de ouders die bij een kinderarts komt, ook gebruikmaken van een vorm van CAM? Met andere woorden: wat biedt de reguliere kindergeneeskunde niet waardoor 'elders' wordt gezocht. Zou het kunnen dat kinderartsen patiënten en hun ouders te vaak vertellen wat men liever niet wil horen? Dat de klachten niet aan een ernstige kwaal te wijten zijn en er geen medicatie voor bestaat? Denk aan de somatisch onvoldoende verklaarde klachten als moeheid, buikpijn en hoofdpijn, waarbij behandeling vaak op het psychologische, pedagogische en sociale vlak ligt. Of dat de onrust en het vele huilen van een huilbaby in stand wordt gehouden door een verstoorde ouder-kindinteractie. Veel CAM-beoefenaars daarentegen stellen wel 'harde' diagnoses en bieden vervolgens ook nog therapeutische opties. Maar ook bij chronische ziekten die niet te genezen zijn, zoals astma, eczeem, diabetes mellitus of ADHD, is de reguliere kindergeneeskunde misschien wel te confronterend. Wij bieden medicamenteuze en/of psychologische behandeling in combinatie

met langdurige, soms intensieve, begeleiding om klachten zo veel mogelijk tegen te gaan en een zo normaal mogelijk leven te leiden, terwijl veel CAM-beoefenaars wel 'genezing' bieden. Maar zijn de patiënt en zijn ouders dan zoveel tevredener na een bezoek aan de CAM-therapeut dan aan de reguliere kinderarts? Resultaten van onderzoek naar tevredenheid na een bezoek aan onze eigen poliklinieken zijn op zijn minst vergelijkbaar met die van het Kindertherapeuticum in Zeist. Bijzonder trouwens dat de enquête van dit Kindertherapeuticum zo'n platform als het Tijdschrift voor kindergeneeskunde krijgt; onze resultaten worden nog niet eens in onze eigen ziekenhuiskrant gepubliceerd. Gelukkig zijn wij in Nederland vrij om keuzes te maken, ook met betrekking tot onze gezondheid. Jonge kinderen – onze patiëntjes – kunnen de keuze voor reguliere kindergeneeskundige zorg versus CAM echter niet zelf maken; dat doen hun ouders. Dit terwijl deze kinderen recht hebben op optimale kindergeneeskundige zorg. Het mag en kan dus niet zo zijn dat CAM reguliere kindergeneeskundige zorg doorkruist. Alleen aanvullend zou er een plaats kunnen zijn, voor ouders die dat willen. Maar laten we dan wel om verwarring te voorkomen in het vervolg alleen nog spreken over CAM-begeleiding in plaats van therapie. En eigenlijk zou dan ook de letter M van *medicine* in CAM moeten worden vervangen door de S van *support*.

Ten slotte, zo kritiekloos een heel nummer van het Tijdschrift voor kindergeneeskunde aan alternatieve 'therapieën' (CAM) wijden, is slecht voor onze pr. Te vaak worden wij, kinderartsen, door collega-specialisten neergezet als 'die dokters die wat met baby's en kinderen aantutten'. Door allerlei alternatieve 'therapieën' zo aan ons vakgebied te

koppelen, wordt dit ‘zachte’ imago van tutten nog weer eens onderstreept. Deze negatieve pr dreigt nog verder toe te nemen nu de Vereniging tegen de Kwakzalverij met deze uitgave ons kinderartsen dreigt te nomineren voor de Meester Kakkadorisprijs 2012!

Jan Peter Rake, kinderarts, Martini Ziekenhuis, Groningen, en Kees Aleman, kinderarts, Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam, beiden op persoonlijke titel.

Antwoord van René Severijnen en Peter Gerrits op de reactie van Jan Peter Rake en Kees Aleman op het themanummer integratieve geneeskunde.

Wij danken de collega's Rake en Aleman voor hun reactie op het door ons samengestelde themanummer. Het geeft ons gelegenheid nogmaals aan te geven dat wij vinden dat kinderartsen – en artsen in het algemeen – die een optimale arts-patiëntrelatie nastreven, geïnteresseerd dienen te zijn in de beweegredenen en keuzes van de patiënt. Daarin past goede informatie over therapieën die niet in de reguliere zorg zijn opgenomen (en waarvan de werking volgens onze opleiding niet te verklaren is) om zodoende een verantwoorde dialoog met ouders en kinderen te kunnen voeren. Dat is wat we hebben willen bijdragen met de samenstelling van dit nummer.

Uit het commentaar op het onderzoek van de kinder-IC in Rotterdam begrijpen we dat de schrijvers nader onderzoek naar de werkzaamheid van bijvoorbeeld aromatherapie afwijzen. Er is voldoende bewijs dat een *healing environment* bijdraagt aan

genezing of het welbevinden van de patiënt. Als de aromatherapie alleen maar een positieve bijdrage levert aan deze *healing environment*, ook al kun je dit met de bewoordingen van de schrijvers niet als ‘behandeling’ aanmerken, dan zou dat al winst zijn. Onze opvatting is dat alles wat als therapie ingezet wordt juist in het belang van de patiënt onderwerp van onderzoek moet kunnen zijn, waarbij zowel negatieve als positieve uitkomsten consequenties moeten hebben. ZonMw reageert ook in deze zin op een artikel van de Vereniging tegen de Kwakzalverij in *Medisch Contact* (2012 nr. 2, p. 86-89). Onderzoek naar de veiligheid van elke therapie en de mogelijke bijwerkingen is zowel bij de complementaire als bij de reguliere geneeskunde noodzakelijk. Ook ziekenhuisopnamen als gevolg van bijwerkingen van regulier voorgeschreven medicatie zijn niet zeldzaam, zoals recent beschreven door Roya Atiqi in haar proefschrift ‘*Medicine, a threat to health: limitations of drug, non drug treatments and protocolized medicine*’, waarop ze in Amsterdam promoveerde in 2011. De schrijvers vermelden dat de resultaten van een bezoek aan hun eigen poliklinieken vergelijkbaar zijn met de resultaten in het Kindertherapeuticum in Zeist. Het zou een bijdrage aan de discussie kunnen leveren als ook deze resultaten beschreven worden, al was het maar in de ziekenhuiskrant. Dat behandeling bij de antroposofische dokter leidt tot minder medicijngebruik, hoeft zeker niet negatief te zijn, zoals zij het uitleggen, als het op basis van een klinisch verbeterde conditie is. Veel ouders hebben de neiging het medicijngebruik van hun kinderen te beperken, er zijn voldoende studies die een matige

compliance beschrijven. Een goede respectvolle dialoog – maar niet kritiekloos – over de behoeften en de beweegredenen van de patiënt leidt, als die zich echt gezien voelt, naar onze ervaring tot een betere openheid bij de patiënt over het belang van het innemen van die medicatie die er echt toe doet.

Angst voor een ‘zacht’ imago (‘dokters die wat met baby's en kinderen aantutten’) is wat ons betreft niet aan de orde. Dit zegt meer over het zelfbeeld van diegenen die het aandragen. De kindergeneeskunde heeft zich voor zover wij het kunnen overzien in alle ziekenhuizen een sterk imago verworven. Wij zijn geen orgaanspecialisten en daarom meer holistisch werkende specialisten, waarschijnlijk een van de redenen dat binnen ons vakgebied meer oog is voor de integratieve aspecten van zorg. Van diskwalificeren van de huidige groep kinderartsen is natuurlijk geen sprake.

Wij denken dat integratieve geneeskunde een volgende stap in de evolutie van de geneeskunde is, die voor zover bewezen veilig en effectief, in de toekomst ook in Nederland in de medische opleiding zal zijn opgenomen. In de Verenigde Staten beschikt nu al elke oncologische kliniek en vele andere bekende ziekenhuizen over een integratieve afdeling. Artsen die zich op dit gebied nu al positief onderscheiden, zijn diegenen die zich afvragen waarom hun patiënten ook elders gaan zoeken naar therapievormen die bij hen passen.

Dr. René Severijnen, kinderchirurg n.p., reneseverijnen@gmail.com, dr. Peter Gerrits, kinderarts-pulmonoloog, p.gerrits@cwz.nl.